

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se sluchovým a kombinovaným postižením v
ČR

Education of children, pupils and students with hearing and multiple disability
in CR

Bc. Klára Bohuslávková

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kotvová, Ph.D.
Studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor: B SPPG

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Vzdělávání dětí, žáků a studentů se sluchovým a kombinovaným postižením v ČR potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne

.....

podpis

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Miroslavě Kotkové, Ph.D., za její rady a toleranci při vedení mé bakalářské práce a též mé spřízněné duši za cenné rady, komentáře a celkové osobní zapojení při vzniku této práce. Dále bych ráda poděkovala všem, kteří se podíleli na vzniku praktické části – respondentům, jejich rodičům i pedagogům.

ABSTRAKT:

Bakalářská práce se zabývá problematikou vzdělávání dětí, žáků a studentů se sluchovým a kombinovaným postižením v České republice. Úvodní text je zaměřen na uvedení do problematiky sluchového postižení, dále popis diagnostických metod a možností následné lékařské a výchovně-vzdělávací péče o děti, žáky a studenty se sluchovým postižením. Dále je uveden popis jednotlivých typů postižení a vzdělávací specifika s tímto spojená, včetně legislativního ukotvení vzdělávacího procesu těchto dětí, žáků studentů, především pak typy vzdělávacích zařízení, ve kterých se tyto děti, žáci a studenti mohou vzdělávat. Praktickou část práce představují dvě případové studie žákyň se sluchovým a dalším přidruženým postižením, které sledují v současné době nabízené vzdělávací možnosti, a případné problémy, se kterými se mohou tyto žákyně ve vzdělávacím procesu setkat. Údaje pro vytvoření těchto případových studií byly získány pomocí rozhovorů s pedagogy a rodiči sledovaných dětí a dále pomocí vlastního pozorování a analýzou všech dostupných lékařských i speciálně-pedagogických zpráv. Práce by se mohla stát vodítkem pro rodiče dětí s popisovaným druhem handicapu, kteří nemají dostatek komplexních informací o současné nabídce vzdělávacích možností vhodných pro jejich děti.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Sluchové postižení, kombinované postižení, vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, případová studie

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the education of children, pupils and students with hearing and multiple disabilities in the Czech Republic.

The introductory part of the thesis focuses on the hearing impairment classification definition, description of the diagnosis methods and possibilities of following health and education care of children, pupils and student with hearing impairment. Further the introduction of individual types of disability and the educational specifics related to it is described, especially the types of educational facilities in which these children, pupils and students can educate, including legal documents in education of these children, pupils and students description. The practical part of the thesis consists of two case studies of pupils with auditory and other collateral disabilities, which are following the current educational opportunities offered to them and possible problems they may encounter in the educational process. The data for the elaboration of these case studies were obtained through interviews with teachers and parents of the children under study and through observation of these children, and using medical reports and special diagnostics reports analysis. This thesis can become a guide for parents of children with the disability type described, who are not provided with comprehensive information on the current offer of education suitable for their children.

KEYWORDS

Hearing disabilities, multiple disabilities, education of pupils with special educational needs, case study

Obsah

1	Úvod.....	7
2	Úvod do problematiky sluchového postižení	9
2.1	Anatomie sluchového aparátu	9
2.2	Etiologie a klasifikace sluchových vad	10
2.3	Diagnostika sluchových vad	12
2.3.1	Diagnostické metody a postupy vyšetření sluchových vad	13
2.4	Kompenzační pomůcky	16
3	Úvod do problematiky vzdělávání dětí, žáků a studentů se sluchovým a kombinovaným postižením	18
3.1	Vymezení terminologie kombinovaného postižení	18
3.2	Současné trendy ve vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami	19
3.3	Ukotvení podpory vzdělávání žáků se SVP v legislativě	19
3.3.1	Kurikulární dokumenty ovlivňující vzdělávání žáků se SVP	21
3.3.2	Podpůrná opatření pro děti, žáky a studenty s kombinovaným postižením	21
3.4	Instituce podporující proces vzdělávání dětí se SVP	22
3.4.1	Raná péče	22
3.4.2	Speciálně pedagogické centrum	23
4	Výchovné a vzdělávací postupy u žáků se SVP	25
4.1	Specifika vzdělávacího procesu u žáků s kombinovaným a sluchovým postižením	25
4.1.1	Žáci s kombinovaným a lehkým sluchovým postižením	25
4.1.2	Žáci s kombinovaným postižením a převodní sluchovou vadou	26
4.1.3	Žáci s kombinovaným postižením a percepční sluchovou vadou	26
4.2	Jednotlivé etapy vzdělávání žáků se SVP a jejich specifika	27
4.2.1	Období před nástupem do předškolního zařízení	27
4.2.2	Nástup a docházka do předškolního zařízení	28
4.2.3	Nástup a docházka do základní školy	29
5	Současné možnosti vzdělávání dětí, žáků a studentů se sluchovým a kombinovaným postižením	31
5.1	Cíle a metody výzkumného šetření	31
5.1.1	Stanovení výzkumných otázek a předpokladů	31
5.1.2	Sestavování výzkumného vzorku	32
5.1.3	Sestavování případových studií	33
5.2	Karolínka – Dívka s Downovým syndromem	35

5.2.1	Osobní anamnéza	35
5.2.2	Průběh diagnostikování sluchové vady	36
5.2.3	Rodinná anamnéza	37
5.2.4	Celková charakteristika	38
5.2.5	Průběh vzdělávání	39
5.2.6	Shrnutí	44
5.3	Alenka — dívka s kombinovaným postižením.....	48
5.3.1	Osobní anamnéza	48
5.3.2	Průběh diagnostikování sluchové vady	48
5.3.3	Rodinná anamnéza	49
5.3.4	Celková charakteristika	51
5.3.5	Průběh vzdělávání	51
5.3.6	Shrnutí	53
5.4	Vyhodnocení výzkumných otázek.....	55
5.5	Celkové shrnutí výzkumného šetření	57
6	Závěr.....	59
7	Seznam použitých zkratk.....	61
8	Seznam použitých zdrojů	62
9	Seznam příloh.....	65

1 Úvod

V civilizované společnosti je proces vzdělávání člověka již považován za obligátní součást našich životů. Mnohdy se jedná o celoživotní proces získávání informací, znalostí a schopností uplatnitelných v praktickém životě, a není tomu jinak ani v případě člověka s jakýmkoli typem postižení či jejich kombinací. Tato situace, která proces nabývání schopností a vědomostí může do jisté míry ovlivňovat, či dokonce omezovat, se ale nesmí stát nepřekonatelnou překážkou při vzdělávání těchto dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami.

V naší práci se zaměříme na popis možností vzdělávání dětí, žáků a studentů se sluchovým a kombinovaným postižením, jakožto velice specifické skupiny. Souběžná existence sluchového a dalšího postižení dítěte vždy znamená pro vzdělávací proces tohoto dítěte potřebu zcela odlišného přístupu než v případě žáků s jednotlivými typy postižení, a dá se považovat za svého druhu výzvu pro všechny osoby podílející se na výchovně-vzdělávacím procesu těchto dětí, co se týká zapojování nových metod, vymýšlení nových pomůcek, postupů i způsobů spolupráce s těmito dětmi a další. V případě přítomnosti sluchového postižení navíc může nastat potíže s diagnostikováním vady samotné, která tak může skrytě a nepozorovaně ovlivňovat život dítěte se speciálně vzdělávacími potřebami až do doby, než je rozpoznána a důsledky její existence jsou odlišeny od projevů jiných postižení u dítěte přítomných. Sluch a jeho vývoj má mimo jiné hlavní vliv na vývoj lidské řeči, jakožto hlavního prostředku komunikace.¹ Vzdělávací proces u těchto žáků tak bývá do značné míry omezen především potížemi s vyjádřením vlastních přání a potřeb, neustále přítomnou komunikační bariérou, která ovlivňuje všechny oblasti života těchto dětí, jejich rodin i práci jejich pedagogů a dalších odborníků.

Bakalářská práce si neklade za cíl popsat konkrétní metody a postupy při vzdělávání dětí se sluchovým a kombinovaným postižením uplatnitelné, což by ostatně ani vzhledem k běžnému rozsahu bakalářských prací nebylo možné. Budeme tedy doufat, že by se práce mohla stát inspirací pro vypracování dalších publikací, ať už závěrečných studentských prací, či jiných odborných materiálů, na toto konkrétní téma zaměřených. Naše práce se soustředí

¹ (Lechta, 2011)

spíše na popis vzdělávacích specifík a školských institucí, v nichž je vzdělávací proces žáků se sluchovým a kombinovaným postižením možno realizovat.

V rámci teoretické části práce se nejprve zaměřujeme na popis problematiky sluchového postižení, stručný popis anatomie sluchového aparátu, etiologie sluchových vad a jejich klasifikaci, na diagnostické metody při odhalování těchto vad používané a dále na popis některých vybraných kompenzačních pomůcek.

V další kapitole vymezujeme termín kombinovaného postižení a snažíme se nastínit současnou situaci panující ve vzdělávání těchto dětí, žáků a studentů dle nejaktuálnějších legislativních i kurikulárních dokumentů. Dále jsou zde vyčleněna a popsána dvě poradenská zařízení (jedno jako sociální služba a druhé jako školské poradenské zařízení), která poskytují poradenství, péči a podporu rodinám dětí se speciálními vzdělávacími potřebami a dětem samotným.

V poslední, čtvrté kapitole, která se zabývá popisem teorie, v návaznosti na poznatky z odborné literatury a legislativních dokumentů, ale i poznatky získané během autorčiny krátké praxe pedagožky v mateřské škole speciální, popisujeme některé výchovně-vzdělávací postupy v rámci konkrétních etap vzdělávacího procesu u žáků se sluchovým a kombinovaným postižením. Ve všech případech se snažíme o uvádění příkladů konkrétních možností, co se týká poradenských i vzdělávacích institucí.

V praktické části se v rámci výzkumného šetření zaměřujeme na popis konkrétních situací ve vzdělávání žáků se sluchovým a kombinovaným postižením sestavením případových studií. K získávání informací přistupujeme pomocí polostrukturovaných rozhovorů vedených s rodiči, případně i pedagogy těchto žáků a v neposlední řadě pozorováním (zúčastněným i nezúčastněným) samotných těchto žáků v praxi. Za každou případovou studii následuje shrnutí s vlastním názorem autorky a komentářem k dané situaci a porovnání s poznatky získanými studiem odborné literatury v teoretické části. V závěru práce jsou shrnuty všechny poznatky z praktické části, je zde odpovězeno na výzkumné otázky a dále jsou tyto poznatky usouvztažněny s informacemi získanými z odborné literatury uvedenými v teoretické části práce.

2 Úvod do problematiky sluchového postižení

Sluch je dle Hádkové (2016) z hlediska vývoje osobnosti jedním z nejdůležitějších smyslů, podílejících se mimo jiné na získávání informací z okolí, podpoře orientace v prostředí a mezilidské komunikace. Také má zásadní význam pro rozvoj lidské řeči a komunikace, čímž nepřímo ovlivňuje i podporu tvorby a uchování mezilidských vztahů. Sluch i jeho postižení velmi ovlivňuje psychomotorický vývoj dítěte, které již od třetího měsíce věku začíná otáčet hlavičku ve směru, odkud přichází zvuk, nejčastěji hlas matky. Zvukové informace z okolí nám mohou dodat pocit jistoty, pocitu bezpečí nebo naopak upozornit na nebezpečí, poslech hlasu či hudby se pro člověka stal jedním z relaxačních rituálů každodenního života.

2.1 Anatomie sluchového aparátu

Sluchový aparát se skládá celkem ze tří částí: *vnější* a *střední*, které plní funkci mechanického přenosu zvuku a *vnitřní*, která zpracovává mechanické zvukové kmity a mění je na elektrochemické impulsy, jež putují sluchovým nervem dále do mozku, kde jsou zpracovány.

Mezi *vnější* části řadíme **boltec**, který plní funkci zachycení a soustředění zvuků z okolí dále do **zevního zvukovodu**. Ten dosahuje délky přibližně 24 mm a jeho hlavní funkcí je nejen zesilování některých dopadnuvších zvukových vln, ale i zachycení případných nečistot, které by mohly nepříjemně ovlivnit vedení zvuku. Na konci zvukovodu se nachází blanitý **bubínek**, jenž odděluje *vnější* a *střední* ucho.

Na blance **bubínku** se akustická energie zvukových vln mění na energii mechanickou, která následně rozpohybuje řetězec **sluchových kůstek** umístěných ve *středním uchu* – **kladívka, kovádlíky a třmínku**. Přes tuto trojici kůstek je zvuk přenášen do *vnitřního* ucha.

Ve *vnitřním* uchu se nachází ústrojí řídící rovnovážné procesy v těle. Pro účely bakalářské práce toto ponecháme stranou a soustředíme se pouze na popis funkcí vnitřního ucha důležitých pro zpracování zvuku. Vnitřní ucho je uloženo v kosti spánkové a kosti skalní. Zde je uložen **hlemýžď** neboli **kochlea**, ta část sluchového aparátu, která mění mechanické zvukové kmity na elektrochemické impulsy, které jsou odeslány nervovými drahami dále do mozku. Tento kostěný spirálovitě zatočený kanálek, jenž dostal název podle svého tvaru, je dále vyplněn **blanitým labyrintem**, který obsahuje vlastní sluchový orgán, **Cortiho orgán**. V něm jsou umístěny řady **vláskových buněk**, díky nimž jsou

elektrochemické impulzy odeslány do sluchových nervů a dále do vyšších pater sluchové dráhy v mozku. (Hrubý, 1998)

Tento výše velice zjednodušeně popsáný proces může být narušen v jakékoliv své fázi, čímž bývá ovlivněna následná kvalita slyšení příchozího zvukového signálu a jeho porozumění. Různá takováto ovlivnění mohou přitom mít různý dopad a být příčinou různorodé škály postižení sluchu. (Slowík, 2010)

2.2 Etiologie a klasifikace sluchových vad

Na tomto místě je potřeba přesně terminologicky vymezit pojmy **vada** a **porucha** sluchu. Zatímco **porucha** je dle Nováka (1994) stav onemocnění sluchu, jež bývá doprovázeno dočasnou nedoslýchavostí, **vada** sluchu je způsobena nenávratným orgánovým postižením. V takovém případě se může jednat o postižení sluchu v rámci celé kvalitativní škály, tedy počínaje lehkou nedoslýchavostí až po úplnou hluchotu.

Jednotlivé typy sluchového postižení lze dále klasifikovat v závislosti na několika kritériích. Mezi nimi například zmiňme klasifikaci vad sluchu dle **místa** nebo **doby** jejich vzniku, případně podle velikosti ztráty sluchu.

Dle místa vzniku Hrubý (1998) dělí vady sluchu na:

- **Převodní vady sluchu** – vady vzniklé poruchou ve vnějším nebo středním uchu, které nikdy nevedou k úplné hluchotě, mohou být velmi dobře kompenzovány pomocí sluchadel, v některých případech odstraněny operativně.
- **Percepční vady sluchu** – vady vniklé ve vnitřním uchu nebo ve vyšších patrech sluchových drah, jež jsou mnohem závažnější než vady převodní.
- **Smíšené vady sluchu** – v sobě kombinují oba z výše popsaných typů.

Na tomto místě si dovolíme krátké zastavení u popisu dvou **převodních sluchových vad** či **poruch**, jejichž znalost je podstatná pro seznání souvislostí s informacemi uvedenými v průzkumném šetření.

- Záněty středního ucha – nejčastěji dětská mikrobiální či také virová infekce, která způsobuje přetlak ve středním uchu s velikou bolestivostí. Přetlak se operativně řeší propíchnutím bubínku. Opakované záněty středouší mohou vést

ke zjizvení bubínku a dále k dlouhodobému zhoršení sluchu – převodní sluchové vadě.

- Přerušení řetězu středoušních kůstek – situace omezující nebo znemožňující přenos zvukového signálu do vnitřního ucha. V současné době lze řešit operativně implantací kosterních náhrad. (Hrubý, 1998)

Percepční sluchové vady jsou mnohem závažnějšího charakteru než vady **převodní**, v některých případech mohou vést až k úplné hluchotě. Mohou být způsobeny následkem úrazu nebo například prodělaným infekčním onemocněním v dětském nebo prenatálním věku.

Dle etiologie, tedy nauky o příčině vzniku sluchových vad, Hádková (2016) dělí sluchové vady na:

- **Vrozené sluchové vady** – na toto místo patří genetické a negenetické vrozené vývojové vady (například způsobené infekčním onemocněním matky v průběhu těhotenství, intoxikací alkoholem či drogou), vady získané během těhotenství nebo v průběhu porodu.
- **Získané sluchové vady** – způsobené úrazy, onemocněním a infekcí po narození dítěte (např. zánět mozkových blan, zarděnky, příušnice, tyfus, pásový opar atd.).

Dále v závislosti na vývoji mluvené řeči můžeme pro účely naší práce přidat klasifikaci sluchových vad na:

- **Prelingvální vady sluchu** – vzniklé před nástupem mluvené řeči u dětí, které se již narodily s vadou sluchu, případně ztratily sluch v raném věku.
- **Postlingvální vady sluchu** – sluchové postižení získané až po dokončení vývoje mluvené řeči.

V neposlední řadě dělíme sluchové postižení do stupňů dle jeho závažnosti. Na tomto místě se odkážeme na Světovou zdravotnickou organizaci – World Health Organization (dále jen WHO), která v roce 2005 vydala doporučenou **klasifikaci stupňů sluchového postižení**.² V tabulce níže uvádíme stupně sluchového postižení dle velikosti sluchové ztráty.

Stupeň	Odpovídající audiometrická hodnota ISO	Název kategorie
0	0–25 dB	normální sluch
1	26–40 dB	lehké postižení sluchu
2	41–60 dB	středně těžké postižení sluchu
3	61–80 dB	těžké postižení sluchu
4	81 dB a více	velmi těžké postižení sluchu až hluchota

Tabulka 1: Klasifikace sluchového postižení dle WHO

2.3 Diagnostika sluchových vad

Včasnost odhalení sluchové vady má významný vliv na následný vývoj osobnosti dítěte. „*Již v prvních letech života dítěte je položen základ pro rozvoj jeho osobnosti, který probíhá zejména v procesu komunikace s okolím.*“ (Hádková, 2016, s. 36) Narušení komunikačních schopností v důsledku těžké sluchové vady mívá dopad na rozvoj všeobecných psychických funkcí dítěte a může mimořádně ovlivnit rozvoj jeho řeči, případně komunikačních schopností. Z tohoto vyplývá, že včasné odhalení sluchové vady a okamžitý začátek sluchové rehabilitace, respektive užití vhodných kompenzačních prostředků, může zásadně ovlivnit celistvý psychomotorický rozvoj dítěte. (Hádková, 2016)

K vyšetření sluchu by v ideálním případě mělo docházet již v porodnici krátce po narození. V mnoha zemích Evropy jsou již takovéto celoplošné novorozenecké screeniny povinně zavedeny a legislativně ukotveny, bohužel v České republice je zatím situace stále legislativně nepodložena a tedy jsou vyšetření sluchu na neonatologických pracovištích doposud dobrovolná. Z velké části jsou prováděna pouze u dětí, které spadají do kategorie rizikových novorozenců, tedy se u nich dá předpokládat určitá možnost výskytu sluchové vady. Jedná se například o děti nedonošené, s nízkou porodní hmotností, děti, jejichž matky prodělaly v době těhotenství některé infekční onemocnění, děti s diagnostikovaným

² WHO | Grades of hearing impairment. WHO | World Health Organization [online]. Copyright © [cit. 3. 07. 2018]. Dostupné z: http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/

syndromem nebo onemocněním predikujícím sluchovou vadu nebo děti rodičů, kteří sami sluchovou vadu mají. (Hádková, 2016)

Hádková (tamtéž) dále uvádí, že situace v České republice se v posledních letech výrazně zlepšila. V současné době se počet neonatologických pracovišť provádějících novorozenecký screening sluchu zvedl na 55 % (informace z roku 2016, v současné době můžeme předpokládat procento vyšší). Hrubý (1998) ve své asi o osmnáct let starší publikaci upozorňoval na tehdejší situaci, kdy bylo možné se, i přes existenci moderních diagnostických metod té doby, setkat s první diagnostikou a odhalením vady sluchu u dítěte až například kolem třetího roku věku.

Lékařským oborem, jenž se zabývá vyšetřením sluchu, je dle Houdkové (2005) foniatrie, respektive její podobor audiologie. Při vyšetření sluchu se lékař zaměřuje na odhalení sluchové vady, její hloubky a příčinu. Hrubý (1998) uvádí, že poslední jmenovaný faktor má oproti prvním dvěma zcela minimální význam. Oproti tomu existence a typ sluchové vady a jejich včasné odhalení jsou pro další medicínské i speciálně-pedagogické postupy klíčové.

Speciálně-pedagogickou disciplínou, která se zabývá výchovou, vzděláváním a celkovým rozvojem osob se sluchovým postižením následně po jejich diagnostikování je **surdopedie**. (Horáková, 2012)

2.3.1 Diagnostické metody a postupy vyšetření sluchových vad

Existuje základní rozdělení diagnostických metod vyšetření sluchu v závislosti na nutnosti spolupráce vyšetřovaného subjektu. Na tomto dělení se shodují všechny odborné publikace (srov. např. Hrubý, 1998; Houdková, 2005; Muknšnáblova, 2014; Hádková, 2016). Vydělujeme tedy metody **subjektivní**, u nichž je nutná spolupráce vyšetřované osoby, a metody **objektivní**, u nichž tato spolupráce potřebná není. Z tohoto dělení nám vyplývá, že subjektivních metod není vhodné ani možné využít u velmi malých dětí, přibližně do tří let věku, u nichž se nedá předpokládat plná schopnost spolupráce a pochopení pokynů. (Muknšnáblova, 2014)

V následujících odstavcích si rozebereme některé základní možnosti vyšetření sluchu u dětí. Mezi **objektivní metody vyšetření sluchu** patří:

- **Tympanometrické vyšetření** – metoda, při níž jsou vyšetřovány správné funkce a vlastnosti středouší, konkrétně funkce zvukovodu, obsah středoušní

dutiny, tuhost bubínku nebo stav fungování středoušních kůstek. Vyšetření se provádí změřením tlaku před a za bubínkem pomocí sondy, která se zavede do zevního zvukovodu dítěte. Ze sondy do ucha dítěte vychází zvuk a cíleně se zvyšuje tlak ve středním uchu. Ze získaných informací lze vysoudit vlastnosti a funkci středouší. Tuto metodu je možné aplikovat již u novorozenců. (Horáková, 2012)

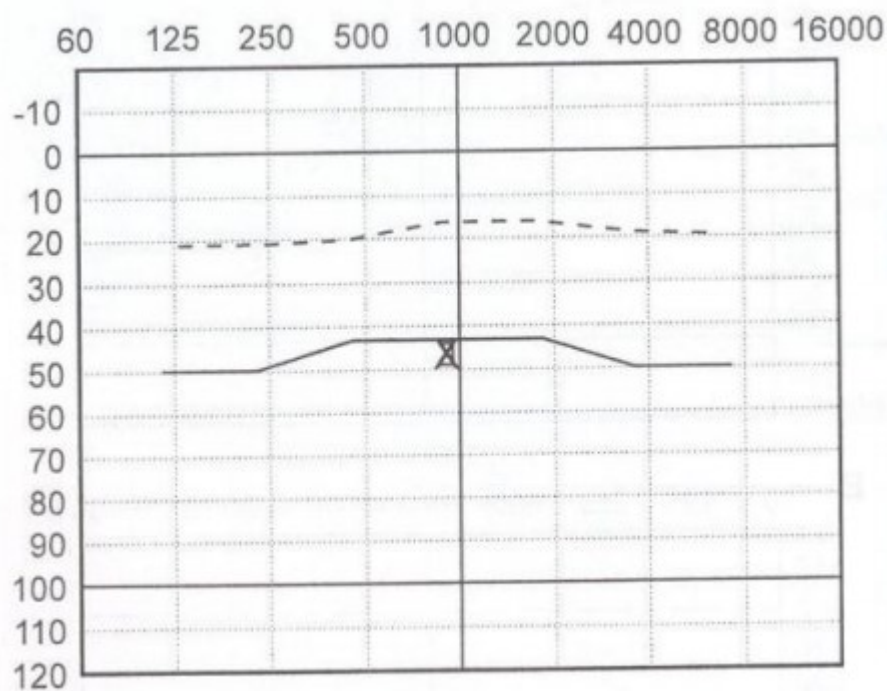
- **Měření otoakustických emisí (OAE)** – dle Muknšnáblové (2014) metoda, jenž je založená na skutečnosti, že zdravé ucho zvukové vlny nejen přijímá, ale též může být samo zdrojem zvuku, který se odrazí zpět do vnějšího prostředí. Jemnou zvukovou stimulací vláskových buněk, pomocí speciální sondy zavedené do zevního zvukovodu dítěte, můžeme tedy docílit „odpovědi“ vláskových buněk, ať již spontánní (SOAE) či evokované (EOAE), jež je mikrofonom zachycena a následně počítačově zpracována. Měření musí probíhat v naprostém klidu a tichu, ideálně ve spánku dítěte. Měření OAE je metoda, jež je výbavná již několik hodin po narození dítěte, je tedy nejběžnější metodou používanou při novorozeneckém screeningu.
- **Elektrofyzilogická metoda vyšetření pomocí evokovaných potenciálů (BERA – Brainstem Evoked Responses Audiometry)** „je vyšetření evokovaných odpovědí mozku kmene.“ (Horáková, 2012, s. 28) Toto vyšetření je též vhodné pro aplikaci u malých dětí a ve většině případů se provádí ve spánku.

Všechny výše uvedené objektivní metody jsou velice vhodné pro vyšetření sluchu i u velmi malých dětí. Pro včasné odhalení sluchové vady u dětí se tedy zdají být stěžejní a čtenář by nemusel seznat důležitost podrobnějšího popisu následujících **subjektivních** vyšetřovacích metod. Dle našeho názoru je ale základní orientace ve vyšetřovacích metodách pro laika důležitá, i z důvodu jejich následného výskytu v praktické části práce. Rozhodli jsme se tedy popsat i některé základní **subjektivní** metody, hlavně **klasickou sluchovou zkoušku, tónovou audiometrii a vyšetření pomocí ladiček**.

- **Klasická sluchová zkouška** – základní vyšetření sluchu a porozumění slyšenému na základě opakování slov předříkávaných vyšetřujícím lékařem. Může se jednat o zkoušku hlasitou řečí či šepotem, při níž musí být zamezeno zrakovému kontaktu s vyšetřujícím, aby se zabránilo možnému odezření vyslovovaného slova. (Horáková, 2016) U dítěte, které není schopno slova

opakovat, se přistupuje ke sledování podmíněných a nepodmíněných reflexů (pátrací, víčkový, zornicový apod.), kdy je mimo zorné pole dítěte proveden zajímavý nebo hlasitý zvuk a zkoumá se reakce dítěte. U této metody Hrubý (1998) upozorňuje na nutnost naprostého klidu v okolí vyšetřovaného dítěte. Lze předpokládat, že dítě s postižením sluchu bude více vnímavé například k proudění vzduchu nebo otřesům podlahy, a tedy vyšetření nemusí být odrazem skutečného stavu sluchu, pokud se například lékař k dítěti přibližuje a vyvolává otřesy podlahy nebo používá pískací hračku, z níž vychází k dítěti proud vzduchu.

- **Subjektivní audiometrie** je vyšetření sluchu, při němž je vyšetřovanému do sluchátek pouštěn zvuk o různých frekvencích a dochází k měření sluchového prahu, tedy prahové hodnoty slyšení čistých tónů. Očekává se, že vyšetřovaný signalizuje okamžik, kdy zaslechne nejjemnější zvukový podnět. Takto získané informace jsou zapisovány do **audiogramu**, z něhož je následně možné vyčíst celkovou sluchovou ztrátu na jednotlivých frekvencích. Audiometrické šetření se u dětí podaří nejdříve ve věku okolo tří let, často je nutné předem postup vyšetření a okamžitou reakci na zvukový podnět s dítětem natrénovat. (Hádková, 2016)
- Při **vyšetření sluchu pomocí ladiček** je do blízkosti ušního boltce či přímo na čelo vyšetřovaného umístěna rozezněná ladička. Následně vyšetřovaný signalizuje konec vnímání vjemu. (Hrubý, 1998)



Obr. 1: Příklad audiogramu převodní sluchové vady (Lejska, 2003)

2.4 Kompenzační pomůcky

Bezprostředně po diagnostikování sluchové vady je potřeba u dětí začít s následnou péčí, zaměřenou na komplexní rozvoj osobnosti dítěte. V rámci této péče jsou mimo jiné hledány vhodné kompenzační pomůcky, které by dítěti usnadnily přístup ke zvukovým podnětům z okolí, informacím a v neposlední řadě v co nejvyšší míře napomohly rozvoji komunikace. Na tomto místě zmíníme pouze dvě kompenzační pomůcky, a to ty, které jsou pro účely naší bakalářské práce nejdůležitější, tedy ty, které jsou nejčastěji využívány dětmi, žáky a studenty při jejich vzdělávacím procesu. Jedná se o **sluchadlo a kochleární implantát**. Během vzdělávacího procesu je samozřejmě možné se setkat u žáků s celou řadou kompenzačních pomůcek (jako je indukční smyčka apod.), pro naši práci je nejpodstatnější alespoň základní seznámení se **sluchadly**, jejichž používání je řešeno v praktické části práce, a dále **kochleární implantát**, díky jehož častějšímu zavádění se s ním v praxi lze setkávat stále častěji i u velmi malých dětí. (Hádková, 2016)

- **Sluchadlo** – je „*miniaturní elektronický zesilovač zvuku. Slabé zvuky z okolí dopadají na mikrofon sluchadla, ve kterém se mění na elektrický proud. Proud je zesilovačem značně zesílen, upraven podle individuální sluchové vady a přiveden do sluchátka (maličkého reproduktoru). Ve sluchátku se elektrický proud opět mění na zvukové vlny. Vzniká tak velmi silný zvuk, který je přiváděn přímo do zvukovodu ucha.*“ (Hrubý, 1998, s. 99)

Hrubý (tamtéž) dále uvádí, že díky sluchadlům je pro nedoslýchavé v současné době zpřístupněna komunikace se slyšící většinou společností, což velice příznivě ovlivňuje vzdělávací proces u žáků a studentů se sluchovým postižením. Je nutno dodat, že i s velmi dobrou kompenzací sluchové vady pomocí sluchadel je nutné žákům zajistit vhodné podmínky (především vhodné osvětlení a vzdálenost od komunikačního partnera) pro případnou potřebu odezírání.

Výběr sluchadla závisí na typu a velikosti sluchové vady a měl by následovat bezprostředně po lékařské diagnostice. Sluchadla jsou v základní, nejméně ekonomicky náročné, verzi hrazena zdravotními pojišťovnami. (Hádková, 2016)

- **Kochleární implantát** – elektronická funkční smyslová náhrada, která umožňuje přímou umělou stimulaci sluchového nervu v případě naprosté nefunkčnosti vláskových buněk, tedy při plné hluchotě. Základním principem

kochleárního implantátu je elektrická stimulace sluchového nervu svazkem elektrod přímo ve vnitřním uchu, v kochlee.³

Kochleární implantaci u dítěte předchází řada vyšetření, mezi nimi psychologické a neurologické, která mají za cíl stanovit vhodnost implantace u konkrétního jedince. Hrubý (1998) zařazuje do skupiny adeptů vhodných pro implantaci primárně děti s prelingvální sluchovou vadou, u nichž doporučuje implantaci v nejnižším možném věku, a dále pacienty ohluchlé. Dítě též musí alespoň šest měsíců před implantací nosit sluchadla, aby byla dokázána jejich naprostá neúčinnost. U dětí, jejichž sluchovou vadu je možno kompenzovat sluchadly, se o implantaci neuvažuje. Hádková (2016) hovoří též o neustále se snižujícím věku implantovaných dětí. V současné době se průměrný věk implantace pohybuje okolo druhého roku věku dítěte.

³ Naším záměrem není plnohodnotný a vyčerpávající popis fungování a stavby kochleárního implantátu. Případné zájemce o další informace odkazujeme na odbornou literaturu, např. Hrubý (1998, s. 146–158).

3 Úvod do problematiky vzdělávání dětí, žáků a studentů se sluchovým a kombinovaným postižením

V předcházející kapitole jsme se podrobně věnovali problematice sluchového postižení jako samostatnému oboru. V naší práci se ale budeme zaměřovat především na vzdělávání dětí, žáků a studentů (dále jen *žáků*) se sluchovým a **kombinovaným** postižením. Bylo by tedy vhodné specifikovat a přesně terminologicky vymezit, o jakou skupinu žáků se **speciálními vzdělávacími potřebami** (dále jen *SVP*) se bude jednat.

3.1 Vymezení terminologie kombinovaného postižení

Pokud budeme chtít v odborné literatuře dohledat konkrétní charakteristiku kategorie osob s kombinovaným postižením, narazíme na zásadní překážku už v podobě terminologické nejednotnosti a následně i neshodu konkrétních definic, ať už v rámci jednotlivých oborů, či dokonce mezi odborníky ze stejné oblasti. Pokud jde o terminologické pojmenování této skupiny osob, můžeme se setkat s termíny: osoby s **těžkým zdravotním postižením**, s **kombinovaným postižením**, s **hlubokým postižením**, se **sduženými defekty**, s **těžkým a hlubokým postižením**, či osoby s **multihandicapem**. (Vítková (ed), 2004, In Opatřilová, 2005) Ludíková (2005) přidává termíny: osoby s **vícenásobným postižením** či s **kombinovanými vadami**. Ačkoliv Ludíková (tamtéž) uvádí, že na zmíněné termíny je nahlíženo jako na synonyma, Vítková (2004, cit. dle Opatřilové 2005, s. 11) tvrdí, že každý termín „*signalizuje určitý akcent, který zdůrazňuje těžiště postižení*“ a v odborné literatuře je používán i neutrální termín „*těžké postižení*“. Není tedy divu, že ani samotná charakteristika této těžko pojmenovatelné skupiny osob nebyla dosud pevně stanovena. V naší práci budeme užívat termín **osoby s kombinovaným postižením**, případně **žáci se speciálními vzdělávacími potřebami**, jak je v současnosti zvykem.

Samotnou definici mnozí odborníci pojímají různě, ani legislativní dokumenty v této situaci nejsou příliš nápomocny, kvůli strohosti informací. V rámci této práce budeme používat definici kombinovaného postižení jakožto „*multifaktoriálne, multikazuálne, multisymptomatologicky podmienený fenomén, ktorý je dosledkom súčinnosti participujúcich postihnutí či narušení. Ich interakciou a vzájemným prekryváním vzniká tzv. synergetický efekt, tj. nová kvalita postihnutia odlišná od jednoduchého súčtu prítomných postihnutí a narušení.*“ (Vašek, 2003, cit. dle Ludíkové, 2005) Dle Ludíkové (2005) se tato zahraniční definice poměrně shoduje s českým speciálně-pedagogickým náhledem na situaci. V naší práci budeme tedy souhlasit s předpokladem, že při kombinaci dvou a více postižení se

výsledný dopad na osobnost člověka nerovná pouhému součtu těchto postižení, ale vzniká tak zcela nový samostatný celek speciálně vzdělávacích potřeb.

3.2 Současné trendy ve vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

Jak již mohlo být patrné výše, v naší bakalářské práci se nebudeme ubírat směrem hledání příčiny nebo doslovných charakteristik, ale budeme se držet současného světového trendu, jímž je v rámci speciálně-pedagogické péče stanovovat míru a prostředky potřebné podpory, namísto stanovování z pedagogického hlediska téměř nic neříkajících diagnóz.

Postupy při vzdělávání žáků se SVP v posledním dvacetiletí procházejí obrovskou proměnou.⁴ Z vlastní zkušenosti můžeme říci, že v současné době dochází ke snaze na žádného jedince se speciálními vzdělávacími potřebami nenahlížet pouze jako na osobu s určitým typem postižení (ať už mentálním, zrakovým, sluchovým, tělesným nebo s kombinací již vyjmenovaných), ale jako na individualitu, jež vykazuje potřebu určité speciálně-pedagogické podpory a již je potřeba poskytnout prostředky pro úspěšné začlenění do společnosti, kolektivu a vzdělávacího procesu.

3.3 Ukotvení podpory vzdělávání žáků se SVP v legislativě

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, která byla Českou republikou podepsána 30. března 2007 a vstoupila v platnost 28. října 2009, stanovuje právo osoby se zdravotním postižením na vzdělání, respektive nařizuje všem státům, jež jsou smluvní stranou úmluvy, povinnost zajistit aby: „osoby se zdravotním postižením nebyly z důvodu svého postižení vyloučeny ze všeobecné vzdělávací soustavy a aby děti se zdravotním postižením nebyly z důvodu svého postižení vyloučeny z bezplatného a povinného základního vzdělávání nebo středního vzdělávání,“ a dále aby: „osoby se zdravotním postižením měly na rovnoprávném základě s ostatními přístup k inkluzivnímu, kvalitnímu a bezplatnému základnímu vzdělávání a střednímu vzdělávání v místě, kde žijí.“ (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, OSN)

V českém prostředí oblast vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami upravuje zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ve znění pozdějších předpisů (dále jen *Školský zákon*) a dále vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Primárně v rámci těchto legislativních dokumentů je u nás povinnost **inkluzivního**

⁴ Popis historického vývoje situace ve speciálním školství není předmětem bakalářské práce. Pro získání dalších informací odkazujeme čtenáře na odbornou literaturu, např. Ludíková (2005).

vzdělávání,⁵ podle „Úmluvy o právech osob se zdravotním znevýhodněním“ stanovena a naplňována. V rámci školského zákona je pro naši práci stěžejní hlavně §16, který charakterizuje vzdělávání žáků se SVP.

„Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta.“ (Školský zákon, §16) Tentýž paragraf stanovuje, že o zajišťování vzdělávání žáků a studentů se SVP se stará školské poradenské zařízení, v našem případě Speciálně pedagogické centrum (dále jen *SPC*).

Novela Školského zákona, respektive vyhláška č. 27/2016 Sb. zavádí do praxe tzv. **podpůrná opatření**, tedy používání speciálně-pedagogických metod, organizace a hodnocení vzdělávání,⁶ jež mají žákům se SVP poskytnout potřebnou podporu při získávání vzdělání na školách hlavního vzdělávacího proudu. Podpůrná opatření (dále jen *PO*) jsou rozdělena do pěti kategorií dle potřebné míry podpory žáka, přičemž pro zavedení *PO* prvního stupně není potřeba zapojování školských poradenských zařízení (*SPC*). Pro přiznání druhého až pátého stupně podpory je nutná spolupráce se *SPC*. Jednotlivým stupňům podpůrných opatření náleží samozřejmě odpovídající státní finanční podpora. Veškeré informace týkající se podpůrných opatření jsou přehledně zpracovány do tzv. *Katalogů podpůrných opatření*.

Paragraf 16 školského zákona dále stanovuje možnost zřídit školy, či jednotlivé třídy s upravenými vzdělávacími programy, případně, vyžaduje-li to povaha postižení žáka, vzdělávat tyto žáky mimo školy hlavního vzdělávacího proudu, ve školách speciálních. I při realizaci vzdělávání v těchto institucích je možné žákům poskytovat *PO*, dle jejich potřeb. Tato situace bývá řešena sestavením **individuálního vzdělávacího plánu** ve spolupráci se *SPC*.

⁵ V současnosti ještě stále dochází k nepochopení významu slova **inkluze** a jeho zaměňování s významem slova **integrace**, jakožto systému vzdělávání, kdy žáci s „postižením mohou s určitou podporou navštěvovat běžné školy“ (Lechta, 2016, s. 30). Oproti tomu by **inkluze** měla být stavem, kdy dochází k postupnému „odstranění dvou paralelních systémů „normálního“ a „speciálního“ školství“ (tamtéž, s. 37), akceptování heterogenity, přijímání všech žáků bez rozdílu a chápání rozmanitosti ve výuce jako velké výhody a přirozené podmínky ve vzdělávání. Přirozeně se tedy jedná o mnohem širší oblast zájmu než u **integrace**. (Lechta, 2016)

⁶ „Podpůrná opatření představují popis doporučení ke vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na jednotlivých stupních škol (mateřské, základní, střední). *PO* lze aplikovat jak ve školách běžných (v rámci individuální integrace žáků se SVP či v případě skupinové integrace), tak ve školách samostatně zřízených pro žáky se zdravotním postižením.“ (Katalog, s. 32)

3.3.1 Kurikulární dokumenty ovlivňující vzdělávání žáků se SVP

Vzdělávání je na všech svých stupních a ve všech typech školských zařízení realizováno podle *Rámcových vzdělávacích programů* (RVP). Pro naše účely se jedná hlavně o RVP PV – *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*, RVP ZV – *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* a RVP ZŠS – *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální*.

Dle těchto kurikulárních dokumentů jsou na jednotlivých vzdělávacích institucích dále sestavovány ŠVP – *Školní vzdělávací programy*, podle nichž jsou děti v daných školách vzdělávány. V RVP jsou obsaženy žádoucí cíle a výstupy jednotlivých etap vzdělávání, kterých by měli žáci při ukončení těchto etap dosáhnout. Pro žáky se SVP jsou pro tyto účely vypracovány s ohledem na RVP **individuální vzdělávací plány**, v nichž jsou obsaženy upravené minimální výstupy jednotlivých oblastí vzdělávání dle individuálních schopností a potřeb žáka.

3.3.2 Podpůrná opatření pro děti, žáky a studenty s kombinovaným postižením

Dle publikace *„Katalog podpůrných opatření, obecná část pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění“* (dále jen Katalog), v níž je problematika poskytování PO žákům s kombinovaným postižením blíže popisována, je sestavení samostatného katalogu PO zaměřeného konkrétně na tyto žáky prakticky nemožné. Jako důvody jsou zmiňovány nejednotná terminologie a definice, nedostatečná podpora v české legislativě i často neopodstatněné zařazování žáků do této skupiny z důvodu většího finančního přínosu pro školská zařízení.

„Pro potřeby financování těchto žáků MŠMT slučuje kategorie žáků s těžkým postižením a s postižením více vadami do jedné skupiny, protože je také shodně financuje:

- *Žáci s mentálním postižením a dalším postižením tělesným, smyslovým či narušenou komunikační schopností či PAS či závažným zdravotním znevýhodněním.*
- *Žáci s kombinací vad tělesných, smyslových a vad řeči bez přidruženého mentálního postižení. Specifickou skupinu tvoří žáci hluchoslepi.*
- *Žáci s poruchou autistického spektra.“* (Katalog, s. 48)

Dále je zde uvedeno, že pro výše zmíněný postup je nutné použít jednotlivé dílčí katalogy zpracované pro každé postižení (v našem případě *Katalog podpůrných opatření pro*

žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu sluchového postižení nebo oslabení sluchového vnímání a další potřebné) a vybrat PO odpovídající potřebám žáka. PO poskytovaná žákům s kombinovaným postižením jsou vybírána převážně z nejvyšších stupňů PO, a při jejich poskytování je nutné se řídit doporučením speciálně pedagogického centra. V rámci vzdělávání žáků s kombinovaným postižením se v praxi můžeme často setkat s přítomností dalšího pedagogického pracovníka, **asistenta pedagoga**. Na podporu **asistenta pedagoga** mají nárok žáci s přiznaným třetím a vyšším stupněm PO.

3.4 Instituce podporující proces vzdělávání dětí se SVP

Již jsme si stručně charakterizovali podobu současného vzdělávacího procesu žáků se SVP. V následující části bychom se chtěli věnovat konkrétním postupům, které mohou být používány ve vzdělávání těchto žáků. Nejprve je vhodné si stručně charakterizovat instituce, které jsou v tomto procesu pro žáka a jeho rodinu nápomocny.

3.4.1 Raná péče

„Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“ (Zákon č. 106/2008 Sb. o sociálních službách)

Dle Houdkové (2005) je bezplatná péče poskytována od zjištění rizika či daného postižení až do doby, kdy dítě nastoupí do předškolního či školního zařízení. Obvyklou hranicí ukončení poskytování péče rané služby bývá věk čtyř let. U dětí s kombinovaným postižením je tato hranice obvykle posunuta až do sedmi let věku dítěte. Hlavním cílem rané péče by mělo být předcházet, odstranit či alespoň zmírnit důsledky plynoucí z daného postižení, poskytovat rodinám dostatek odborných informací a pomoci rodině a dítěti integrovat se do společnosti.

Raná péče je poskytována **Středisky rané péče** a dalšími neziskovými organizacemi, kde je rodinám přístupná komplexní péče, zahrnující poradenství odborníků z řad speciálních pedagogů, psychologů, sociálních pracovníků atd.

Dle zákona o sociálních službách obsahuje raná péče činnosti *„výchovné, vzdělávací a aktivizační, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické*

činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“

V oblasti hlavního města Prahy se poskytováním poradenství z oblasti rané péče pro rodiny dětí se sluchovým a kombinovaným postižením zabývá například Centrum pro dětský sluch Tamtam o.p.s.⁷ v rámci služby **Sociální aktivizační služby**.

3.4.2 Speciálně pedagogické centrum

Speciálně pedagogická centra, na rozdíl od Středisek rané péče, u nichž se jedná o sociální službu, patří do resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen *MŠMT*) a spadají mezi tzv. **školská poradenská zařízení**, společně s pedagogicko-psychologickými poradnami, které pro potřeby naší práce pomineme. Existence školských poradenských zařízení je ukotvena ve Školském zákoně (č. 561/2004 Sb.).

„Činnost (SPC) je zaměřena zejména na podporu klientů v předškolním věku v péči rodičů (zákonných zástupců), na podporu klientů integrovaných do škol a školských zařízení, na podporu klientů s těžkým a kombinovaným zdravotním postižením, kteří nemohou docházet do školy, zpravidla ve věku od 3 do 19 let.“⁸

Základními odborníky, působícími v SPC, jsou speciální pedagog, psycholog a sociální pracovník. Tito specialisté poskytují v rámci služeb SPC odborné poradenství, odpovídající speciálně-pedagogickou péči, doporučení ohledně výběru a nástupu do vzdělávacích institucí, či poskytují možnost zapůjčení speciálních hraček a kompenzačních pomůcek. Dále je jejich náplní práce aktivně vyhledávat žáky se SVP ve školských institucích (depistáž), provádět jejich komplexní speciálně-pedagogickou diagnostiku, podílet se na tvorbě individuálního vzdělávacího plánu a stanovovat PO pro zařazení žáka do vzdělávacího procesu. (Michalík, Hanák, 2011)

Péči o žáky se sluchovým a kombinovaným postižením se může zabývat SPC zřízené konkrétně pro žáky s kombinovaným postižením,⁹ případně SPC zřízená pro jednotlivé dílčí postižení, u jednoho žáka diagnostikovaná.¹⁰ V takovém případě je ale dle našeho názoru

⁷ Další informace dostupné z: <http://www.detskysluch.cz/sluzby/socialne-aktivizacni-sluzby>

⁸ Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/pedagogicko-psychologicke-poradenstvi/skolska-poradenska-zarizeni>

⁹ Z oblasti hlavního města Prahy například SPC Štíbrova (dostupné z: <http://www.stibrova.cz/>) či SPC při Základní škole speciální Starostrašnická (Dostupné z: <http://www.starostrasnicka.cz/spc>)

¹⁰ Z oblasti péče o žáky se sluchovým postižením v hlavním městě Praze například SPC při školách pro žáky se sluchovým postižením.

nutné zajistit spolupráci jednotlivých SPC pro zajištění komplexní péče o žáka s kombinovaným postižením.

4 Výchovné a vzdělávací postupy u žáků se SVP

V následující části práce se zaměřujeme na konkrétní popis možností a způsobů vzdělávání žáků s kombinovaným a sluchovým postižením.

4.1 Specifika vzdělávacího procesu u žáků s kombinovaným a sluchovým postižením

Tímto tématem se zabývá Potměšil (In Ludíková, 2005), který uvádí, že „*sluchové vady v kombinaci s dalšími vadami vytváří ve většině případů naprosto ojedinělý komplex, který je pro rodiče i odborníky výzvou pro vytváření specifických přístupů*“ (tamtéž, s. 53)

V následujících odstavcích se budeme držet této publikace při popisu konkrétních speciálních požadavků na vzdělávací proces u žáků s kombinovaným a sluchovým postižením.

Při přítomnosti sluchové vady v kombinaci s dalším postižením je potřeba automaticky počítat i se surdopedickou péčí, ať je velikost sluchové ztráty jakákoliv. Každá kombinace se sluchovou vadou má individuální a jedinečný charakter a předpokladem jsou i potřeby odlišného speciálně-pedagogického přístupu při práci s žáky s různými stupni a typy sluchových vad. Obecně lze říci, že se u dětí se SVP nejčastěji setkáváme s potížemi v oblastech jemné i hrubé motoriky, sebeobslužných dovedností a sociálních dovedností, z nichž si v případě kombinace se sluchovým postižením dovolíme vyčlenit především potíže s komunikací. (Potměšil, In Ludíková, 2005)

Autor zde vyčleňuje základní speciálně-pedagogické podmínky a principy péče o žáky se SVP. Zmiňuje především podmínku **včasně** diagnostiky a co nejvčasnějšího nástupu speciálně-pedagogické péče (tedy co nejvčasnější počátek spolupráce s pracovníky rané péče), dále zásadu **komunikativnosti**, která v našem případě obnáší především výběr vhodných a především smyslově přístupných komunikačních metod, nebo zásadu **přiměřené náročnosti a důslednosti**, jež obnáší respektování všech individuálních vlastností a schopností žáka, a v neposlední řadě zásadu **názornosti** jako multisenzoriální doplněk umožňující získávání informací a zásadu **systematičnosti**, jež má být součástí všech výchovně-vzdělávacích postupů. (Potměšil, In Ludíková, s. 60–64)

4.1.1 Žáci s kombinovaným a lehkým sluchovým postižením

Dle Potměšila (In Ludíková, 2005) žáci s tímto typem postižení mohou být lehce unavitelní, což může pramenit z nutnosti zvýšené koncentrace pro porozumění pokynům,

nepřesní v reakcích a nejistí v chování. Často se u nich můžeme setkat s neochotou ke spolupráci, zvláště je-li sluchové postižení doprovázeno dalším postižením předpokládajícím větší informační deficit (např. zrakové postižení). Individuální vzdělávací plán těchto žáků by měl obsahovat konkrétní informace o sluchové vadě a požadavcích na úpravu prostředí (jedná se například o úpravu prostředí třídy, odhlučnění, jasné osvětlení a další podmínky usnadňující případnou potřebu odezírání).

Všem žákům by měl být poskytnut čas potřebný k přijetí, zpracování a pochopení úkolu či situace. Sluchová vada, ať je jakkoliv kompenzována sluchadly, je faktor ovlivňující získávání informací z okolí. Při práci s těmito žáky je tedy potřeba zajistit přísun informací všemi ostatními smyslově přístupnými způsoby (například dostatečnou vizualizací probírané látky apod.).

4.1.2 Žáci s kombinovaným postižením a převodní sluchovou vadou

Jak jsme si již vysvětlili výše (v kapitole 2. 2.) převodní vady sluchu nikdy nevedou k úplné hluchotě a jsou často dobře kompenzovatelná sluchadly, případně je zde možnost jejich odstranění operativním zákrokem. Potměšil (In Ludíková, 2005) ale uvádí, že u dětí s kombinovaným postižením jsou tyto vady často opomíjeny, právě proto, že projevy dětí nejsou srovnatelné s dětmi neslyšícími. Například v kombinaci s mentálním postižením jsou často projevy sluchových vad přisuzovány právě mentálnímu deficitu. K odhalení sluchové ztráty tak často může dojít až v pokročilejším věku žáka.

Děti s převodní nedoslýchavostí a kombinovaným postižením se často dostávají do situace, kdy informaci slyší, ale nemohou jí porozumět, právě u těchto situací by bylo potřeba vhodnými diagnostickými metodami zjistit, zda je to kvůli sluchové ztrátě, či zda je na vině postižení jiné, například právě mentálního charakteru.

4.1.3 Žáci s kombinovaným postižením a percepční sluchovou vadou

Jak už jsme zmínili výše, percepční sluchové vady většinou mají závažnější následky než vady převodní. Mezi žáky můžeme dle Potměšila (In Ludíková, 2005) najít takové, jejichž vada je celkem dobře kompenzovaná sluchadlem a lze u nich postupovat obdobně, především úpravou prostředí atp., ale setkáváme se i s žáky, které není možno vzdělávat pomocí používání mluvené řeči a je tedy nutné používat jiný komunikační nástroj, samozřejmě s ohledem na další postižení. Dle kombinace postižení je možné vybrat mezi

vzděláváním pomocí znakového jazyka či jinými komunikačními systémy¹¹ (dle metodiky „poskytování podpůrných opatření žáků používajícím jiný komunikační systém než mluvenou řeč“) či využít některých možností alternativní či augmentativní komunikace.¹²

4.2 Jednotlivé etapy vzdělávání žáků se SVP a jejich specifika

V následující kapitole budeme čerpat poznatky jak z odborné literatury, tak i z autorčiných zkušeností a praxe pedagoga v mateřské škole speciální v Praze. Některé názory, které zde uvádíme, nemusí být obecně platné, ale jsou denně potvrzovány při komunikaci s rodiči i při práci s dětmi se SVP.

4.2.1 Období před nástupem do předškolního zařízení

Období po narození potomka s jakýmkoli typem postižení je všeobecně považováno jako pro rodiče nejtěžší a nejnáročnější část jejich života. V mnoha případech se o postižení svého dítěte rodiče dozví již v porodnici, v některých případech až v navazujících měsících, například od pediatra, někdy se projevy postižení dostaví až v pozdějších letech života dítěte. U některých typů postižení nemusí být dlouho rozpoznané (například již zmiňovaná převodní nedoslýchavost), jindy se projeví hned na počátku vývoje dítěte. Z praxe víme, že ve většině případů jsou rodiče prvními, kteří zaregistrují u svého potomka nějaké odlišnosti ve vývoji (ať už se dítě neobrací za zvukem, nenavazuje oční kontakt, nenatahuje se po nabízené hračce, či se jedná o jinou odchylku od normy daného vývojového období dítěte), zvláště mají-li možnost porovnat vývoj svého dítěte například s jeho starším sourozencem.

Ať se rodiče o postižení svého dítěte dozví jakýmkoliv způsobem, vždy následuje pro celou rodinu i širší okolí psychicky i emocionálně nejvypjatější období. Fáze vyrovnávání se s tímto typem zpráv jsou dostatečně popsány v dostupné literatuře, není tedy naším cílem uvádět zde jejich charakteristiku.

Ve většině případů, kdy dojde k seznámení rodičů s diagnózou dítěte, by mělo automaticky ze strany lékařů dojít k předání informací (v podobě informačních brožurek,

¹¹ Dle Zákona č. 384/ 2008 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob vyčleňujeme komunikační systémy vycházející z českého jazyka (např. prstová abeceda, znakovaná čeština, písemný záznam mluvené řeči apod.) a dále český znakový jazyk, který je základním a plnohodnotným prostředkem komunikace pro ty osoby, které ho samy považují za hlavní formu své komunikace.

Dle Vyhlášky č. 27/2016 Sb. „pro žáka, u něhož je potřebné při vzdělávání užívat jiný komunikační systém než mluvenou řeč, zajišťuje škola vzdělávání v komunikačním systému, který odpovídá jeho potřebám, přednostně v tom, jehož užívání žák preferuje“.

¹² Bohužel vzhledem k rozsahu bakalářské práce není v našich silách podrobněji popsat jednotlivé formy a možnosti alternativní a augmentativní komunikace (AAK). Pro více informací odkazujeme čtenáře na odborné publikace, např. Bendová (In Ludíková, 2005); Klenková (In Vítková(ed), 2004) aj.

kontaktů apod.) týkajících se daného postižení.¹³ Ze zkušenosti víme, že největší oporou pro rodinu jsou v tomto období pracovníci rané péče, kteří ihned po jejich kontaktování začínají docházet do rodiny a poskytovat jí potřebné informace a podporu. Rodiče se tak začínají se svým dítětem blíže seznamovat, učí se chápat jeho potřeby, spolupracovat s ním, rozvíjet jeho schopnosti i navazovat společnou komunikaci. Společně s rodiči pak konzultanti rané péče sestavují nikdy nekončící plán podpory komplexního vývoje dítěte. Tento plán je možno postupně upravovat dle aktuální potřeby dítěte i rodiny.

V období před nástupem do předškolního vzdělávání také zpravidla nejčastěji rodiče u dítěte začínají s dalšími speciálně-pedagogickými postupy a terapiemi, jako jsou docházka do logopedické ordinace, ergoterapie, hippoterapie, fyzioterapie a další typy péče dle potřeb dítěte. Pro účely naší práce se v tomto věku zdá jako jedno z nejdůležitějších období vývoje dětské řeči. Panuje obecný předpoklad, že komunikační dovednosti dítěte by měly před nástupem do mateřské školy být na dostatečné úrovni pro potřeby běžného dne. V tomto období je tedy dle našeho názoru nejdůležitější stanovení komunikačního systému, vhodného a smyslově přístupného, s jehož pomocí bude dítě v ideálním případě schopno bez potíží vyjádřit svůj komunikační záměr. U dětí s kombinovaným postižením, u nichž dochází k opoždění vývoje řeči, je dle našich zkušeností velmi vhodné již v raném dětském věku započít s nějakou formou augmentativní nebo alternativní komunikace, většinou s komunikací pomocí výměny předmětů, fotografií, piktogramů apod.

4.2.2 Nástup a docházka do předškolního zařízení

Nástup dítěte do předškolního vzdělávání může pro rodinu znamenat určitou úlevu jak z ekonomického hlediska, kdy může matka nastoupit do zaměstnání, tak z hlediska organizace denních činností, péče o další sourozence i eventuální možnosti odpočinku a většího množství volného času na zájmy a koníčky.

Dle Hádkové (2016) se děti se sluchovým postižením mohou vzdělávat jak v **MŠ pro děti se sluchovým postižením**,¹⁴ tak v rámci inkluze v **běžných mateřských školách**. S ohledem na děti s kombinovaným postižením si dovolíme doplnit jako další možnost

¹³ Problematikou citlivého předání informací lékaři se zabývá mnoho autorů, např. Selikowitz (2011, s. 15).

¹⁴ V Praze se jedná například o Bilingvní MŠ pro děti se sluchovým postižením Pipan (dostupné z: <http://www.pipan.cz/>), či mateřské školy fungující v rámci komplexů škol pro sluchově postižené v Ječné, dostupné z: <http://www.jecna27.cz/>; Holečkově, dostupné z: <https://www.skolaholeckova.cz> a Výmolově ulici, dostupné z: <http://www.vymolova.cz/>)

vzdělávání těchto dětí v **mateřských školách speciálních** či ve **speciálních třídách** v rámci běžných MŠ (i MŠ pro sluchově postižené) zřízených dle §16 školského zákona.¹⁵

Pro nástup do předškolního vzdělávání je vhodné kontaktovat SPC, které (jak jsme již zmínili výše v kapitole 3.4.2) doporučí vhodné zařízení, vypracuje doporučení na základě speciálně-pedagogického vyšetření a následně po přijetí dítěte ve spolupráci s danou MŠ vypracuje individuální vzdělávací plán, doporučí vhodná podpůrná opatření a vhodné metody a postupy pro zajištění plnohodnotného rozvoje a stimulace osobnosti dítěte v MŠ.

Ze zkušenosti víme, že na úrovni mateřské školy se pedagogové při vzdělávání dětí s kombinovaným postižením soustředí na rozvoj několika základních oblastí, mezi něž patří rozvoj sebeobslužných (oblékání, stravování, toaleta apod.) a sociálních dovedností a rozvoj komunikačních schopností. Další oblasti jsou podrobně vyjmenovány v RVP PV, z něhož čerpá a vychází veškerá výchovně-vzdělávací činnost pedagogů v mateřských školách.

U dětí s kombinovanými vadami se často v rámci rozvoje komunikačních schopností a rozvoje orientace v denních činnostech zavádí **komunikační lišta**, která obsahuje základní aktivity běžného dne v MŠ, což dítěti napomáhá při adaptaci na denní režim ve škole.

4.2.3 Nástup a docházka do základní školy

U žáků se SVP dochází, dle vyhlášky č. 27/2016 Sb. o vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí nadaných, k nástupu do povinné školní docházky mezi šestým až osmým rokem věku. V této době mohou rodiče všech dětí (tedy dětí se SVP i dětí bez SVP) po konzultaci a doporučení školského poradenského zařízení využít možnosti odkladu povinné školní docházky o jeden kalendářní rok. Některé základní školy nabízejí dětem se SVP možnost docházky do přípravného ročníku, čímž jim usnadňují adaptaci na školní prostředí a nový režim školního dne.

Jak bylo popsáno výše, zákon č. 561/2004 Sb. (Školský zákon) ve znění pozdějších předpisů stanoví, že děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami jsou vzdělávání především ve školách hlavního vzdělávacího proudu, tedy v běžných základních školách. Tentýž zákon §16 umožňuje zřizování škol speciálních, v nichž se mohou vzdělávat děti, žáci a studenti se SVP, u nichž to povaha jejich zdravotního postižení vyžaduje. Z tohoto

¹⁵ V Praze se jedná například o Mateřskou školu speciální Sluníčko, dostupné z: www.mssslunicko.cz; Mateřskou školu zřizovanou Diakonií evangelické církve československé, dostupné z: <https://skolapraha4.diakonie.cz/>; Mateřskou školu speciální Laudova, dostupné z: www.mslaudova.cz; Mateřskou školu Štíbrova, dostupné z: <http://ms.stibrova.cz>, aj.

v praxi vyplývá možnost vzdělávání žáků se SVP v **základních školách hlavního vzdělávacího proudu, základních školách pro sluchově postižené**¹⁶ i v **základních školách speciálních**,¹⁷ v závislosti na typu jejich postižení a doporučení SPC.

V základních školách hlavního vzdělávacího proudu jsou žáci se SVP vzdělávání dle RVP ZV s podporou individuálního vzdělávacího plánu, případně s podporou asistenta pedagoga. Absolvováním základních škol žáci se SVP získávají „**základní vzdělání**“, které jim umožňuje nástup do jakékoliv instituce poskytující středoškolské vzdělání, případně následně vysoké školy.

V základních školách speciálních, případně ve třídách speciálně zřízených dle §16 školského zákona, kde jsou žáci vzdělávání dle RVP ZŠS, žáci absolvováním získávají „**základy vzdělání**“, které jim umožní pokračovat do další etapy vzdělávacího procesu na **praktickou školu jednoletou nebo dvouletou**.¹⁸

V této kapitole jsme si stručně nastínili možnosti realizace vzdělávacího procesu u žáků se SVP. V další části se budeme věnovat již vlastnímu šetření a demonstraci praktických ukázek v rámci případových studií.

¹⁶ Základní školy pro sluchově postižené, Praha viz pozn. 12

¹⁷ V rámci hl. města Prahy se jedná například o ZŠ Lužiny, dostupné z: www.zsluziny.cz; ZŠ Speciální Rooseveltova, dostupné z: www.skolaroos.cz; ZŠ Ružínovská, dostupné z: www.ruzinovska.cz aj.

¹⁸ Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/obecne-informace>

5 Současné možnosti vzdělávání dětí, žáků a studentů se sluchovým a kombinovaným postižením

Cílem předkládané bakalářské práce bylo zmapovat a popsat konkrétní možnosti vzdělávání u dětí, žáků a studentů se sluchovým a kombinovaným postižením formou případových studií těchto žáků.

5.1 Cíle a metody výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření naší bakalářské práce bylo sledovat a následně popsat současné reálné vzdělávací možnosti žáků se SVP, případně faktory, jež proces získávání vzdělání u těchto žáků pozitivně či negativně ovlivňují.

Pro účely výzkumného šetření jsme si nejprve stanovili tři základní výzkumné otázky, z nichž jsme následně vycházeli při sestavování otázek k polostrukturovaným rozhovorům s rodiči i pedagožkou. Odpovědi na tyto výzkumné otázky jsou uvedeny v jednotlivých shrnutích v rámci případových studií jednotlivých dívek a následně v samotném závěru naší práce.

5.1.1 Stanovení výzkumných otázek a předpokladů

V rámci našeho výzkumného šetření jsme se pro účely práce zaměřili především na zjišťování reálných vzdělávacích možností u žáků se SVP, na faktory, jež tento vzdělávací proces ovlivňují a dále na míru informovanosti rodičů ohledně postižení jejich dětí a potřeby následné péče o ně. Stanovili jsme si tedy tři stěžejní výzkumné otázky, na něž jsme následně v rámci výzkumného šetření hledali odpovědi. Vyhodnocení výzkumných otázek a předpokladů je uvedeno v samostatné kapitole (5.4).

- **Jakým způsobem probíhá u dítěte se sluchovým a kombinovaným postižením celistvý proces vzdělávání?**
- **Jaké konkrétní faktory tento proces ovlivňují (pozitivně či negativně)?**
- **Do jaké míry mají rodiny dětí se SVP přístup ke kvalitním informačním zdrojům ohledně postižení jejich dítěte a následné lékařské i výchovně-vzdělávací péči?**

S ohledem na východiska v teoretické části práce jsme stanovili předpoklady odpovídající každé výzkumné otázce. V rámci této výzkumné otázky jsme předpokládali, že žáci se sluchovým a kombinovaným postižením, budou primárně vzděláváni v mateřských a základních školách zřízených speciálně podle §16 Školského zákona.

Předpokladem dále bylo, že vzdělávací proces u žáků se sluchovým postižením bude do značné míry ovlivněn velikostí sluchové ztráty a též kvalitou kompenzace dané sluchové vady dítěte. Dále jsme se domnívali, že tento proces bude ovlivněn též typem vzdělávacího zařízení, v němž bude realizován, tedy že lze předpokládat rozdílný přístup pedagogů na školách hlavního vzdělávacího proudu a na školách speciálně zřízených dle §16 Školského zákona.

S ohledem na poslední uvedenou výzkumnou otázku byl stanoven předpoklad, že míra a kvalita dodaných informací o postižení dítěte bude souviset s mírou a včasností zapojení poradenských zařízení do výchovně-vzdělávacího procesu u dítěte se SVP, respektive čím dříve dojde k nástupu spolupráce s poradenskými zařízeními, tím kvalitnější a adekvátnější budou rodiči nabyté informace a následná péče o dítě se SVP.

5.1.2 Sestavování výzkumného vzorku

Při sestavování výzkumného vzorku jsme kontaktovali několik pražských vzdělávacích institucí s žádostí o spolupráci při realizaci výzkumného šetření. Zaměřili jsme se primárně na pražské instituce z důvodu snadné dostupnosti pro autorku práce, která je v Praze zaměstnána jako pedagožka v mateřské škole speciální. Oslovili jsme celkem 5 vzdělávacích institucí, mezi nimi mateřské, základní a střední školy pro sluchově postižené, kde jsme předpokládali docházku žáků se sluchovým a kombinovaným postižením. Dále jsme oslovili školy při Jedličkově ústavu a několik pražských stacionářů pro děti s kombinovaným postižením. V poslední fázi jsme se snažili kontaktovat přímo rodiče dětí se sluchovým a kombinovaným postižením.

Během několika měsíců se nám podařilo získat data od rodičů dvou dívek. Většina škol se ke spolupráci zprvu stavěla kladně, bohužel v průběhu zpracování bakalářské práce vyšla v platnost nová evropská směrnice GDPR (General Data Protection Regulation)¹⁹ neboli „*Obecné nařízení o ochraně osobních údajů*.“ Tato směrnice upravuje povinnosti všech fyzických i právnických osob (tedy i školských zařízení), které shromažďují osobní údaje občanů Evropské unie. Od 25. Května 2018, kdy směrnice začala platit v České republice, mají všechny školy povinnost zvýšené ochrany osobních dat svých žáků a studentů.

Ačkoli se zdálo, že zpracování vysokoškolských závěrečných prací by se legislativní nařízení nemělo týkat, a přestože autorka práce žádala od školských zařízení konzultace se zákonnými zástupci žáků a následně podepsání informovaného souhlasu se zpracováním

¹⁹ Další informace dostupné z: <https://www.gdpr.cz/gdpr/co-je-gdpr/>

veškerých dat týkajících se dětí a žáků v práci popsaných, všechna školská zařízení během měsíce dubna a května od slibované spolupráce odstoupila. Uváděné důvody se u všech zařízení shodovaly, jednalo se o nedostatečnou informovanost školských zařízení, jak v takovéto situaci postupovat. Z dalších zařízení (stacionářů a Jedličkova ústavu) nás kontaktovali se zprávou, že klienty z námi hledané cílové skupiny nemají, případně nespádají do věkové kategorie dětí, žáků a studentů, které jsme pro účely bakalářské práce vyhledávali. Z jedné ze zmiňovaných institucí nás kontaktovali s nabídkou možnosti zaslání dotazníků, které by případní zájemci vyplnili. S ohledem na záměr realizovat výzkumné šetření kvalitativní formou a sestavit případové studie jsme takovou nabídku s díky odmítli.

Začali jsme tedy subjekty vhodné pro zpracování případových studií vyhledávat aktivně v autorčině okolí, případně prostřednictvím kolegyně v jejím zaměstnání v MŠ speciální. Nakonec se podařilo zkontaktovat maminku dívky docházející do téže mateřské školy. Druhou respondentkou byla dívka s Downovým syndromem a sluchovým postižením, jejíž rodiče se nám podařilo kontaktovat díky společné známé osobě, autorčině kolegyni.

5.1.3 Sestavování případových studií

Kazuistika, nebo také případová studie je podle Hartla (2010) jedna z metod kvalitativního výzkumu, která si dává za cíl detailní popis jednotlivých případů, jednotlivců nebo i skupin osob. Spokojili jsme se tedy s nízkým počtem respondentů a zaměřili se primárně na získání co největšího množství informací o jejich životě. Hlavními zdroji dat pro účely sepsání případových studií byly polostrukturované interview se zákonnými zástupci a pedagogy jednotlivých subjektů a dále veškeré speciálně-pedagogické a lékařské zprávy a doporučení, které nám byly rodiči poskytnuty k nahlédnutí, dále jsme zužitkovali data získané během zúčastněného pozorování.

Rozhovory s rodiči i pedagogy byly zaznamenány na nahrávací zařízení a veškerá data z nich získaná byla pro účely bakalářské práce pečlivě anonymizována, též jména obou dívek byla pozměněna z důvodu zachování naprosté anonymity. Se zákonnými zástupci obou dívek byl podepsán „*Informovaný souhlas*“ ke zpracování osobních dat nezletilého dítěte pouze pro účely předložené práce. (viz příloha 1) Z důvodu nutnosti zachování anonymity je k práci přiložen pouze nevyplněný vzor.

Pro účely realizace polostrukturovaných rozhovorů byly předem sestaveny rámcové tematické okruhy a otázky (viz příloha 2) pro pedagogy i rodiče dívek, jež vycházely ze stanovených výzkumných otázek. Následně docházelo k sezení s rodiči dívek a jednou

pedagožkou za účelem uskutečnění rozhovorů. Rozhovory byly vedeny podle zadaných tematických okruhů, ale z autorčiny strany probíhala snaha o spontánní reakce na odpovědi rodičů, už pro zachování příjemného klimatu při rozhovoru, i z důvodu možnosti získání většího objemu dat. Výsledkem tedy nebyl soubor otázek a odpovědí, ale sezení s matkami se spíše podobalo spontánnímu rozhovoru, během něhož autorka získala velké množství dat. Už z tohoto důvodu není přepis uskutečněných rozhovorů a jeho přiložení k práci možno realizovat. Též nepokládáme za možné, s ohledem na výzkumnou etiku, provést výběr pro nás podstatných informací z rozhovorů a jejich stručný přepis. Veškeré odpovědi matek reagující na náš výzkumný záměr jsou uvedeny v rámci jednotlivých případových studií a dále jsou informace podstatné pro odpovědi na výzkumné otázky přehledně uvedeny ve shrnutí případových studií jednotlivých dívek, ve shrnutí výzkumného šetření i v rámci závěru práce.

5.2 Karolínka – Dívka s Downovým syndromem

Případová studie pojednává o životě a vzdělávání čtrnáctileté Karolínky, žákyně 5. třídy praktické na Základní škole v Praze 5. Karolínka má Downův syndrom (DS), který je doprovázen středně těžkou sluchovou vadou.

5.2.1 Osobní anamnéza

Karolína se narodila v roce 2004 jako jedno z dvojčat. Průběh těhotenství lze označit za bezproblémový, těž porod proběhl bez komplikací. Bezprostředně po narození byl Karolínce diagnostikován Downův syndrom.

„Downův syndrom je jedním z nejčastěji se vyskytujících vrozených syndromů. Patří k chromozomálním poruchám a je také nejčastěji rozpoznatelnou příčinou mentální retardace.“ (Selikowitz, 2011) U velké většiny dětí lze diagnózu stanovit ihned po jejich narození díky jejich charakteristickému vzhledu – kulatý obličej, vzadu lehce zploštělá hlava, oči mírně zešíklé, výskyt epikantu (malá kožní řasa vertikálně probíhající mezi vnitřním koutkem a kořenem nosu), menší postava, širší a krátký krk, široké ruce s krátkými prsty, příčná dlaňová rýha a další. (Selikowitz, 2011) *„Děti s Downovým syndromem se oproti svým vrstevníkům častěji potýkají s některými zdravotními komplikacemi, například se srdečními vadami, zhoršenou funkcí štítné žlázy, respiračními nemocemi, sníženou imunitou, poruchami zraku a sluchu a dalšími zdravotními komplikacemi. Většina lidí s Downovým syndromem má navíc pohyblivější klouby (hypermobilita) a nižší svalový tonus (hypotonie), které komplikují rozvoj hrubé i jemné motoriky.“*²⁰ Nejčastěji se můžeme setkat s lehkou nebo středně těžkou mentální retardací, vývoj dětí s DS bývá pomalejší, ale podle Selikowitze (2011) probíhá nepřetržitě celý život.

Navzdory pokročilé kvalitě lékařských a speciálně-pedagogických služeb té doby byla rodičům doporučena pro Karolínku ústavní péče. Ta byla dle vyjádření matky ihned odmítnuta oběma rodiči. Následně byla mamince lékař předán brožurka *„Milá maminko, milý tatínku...“*, která vznikla za účelem poskytnutí informací rodičům dětí s Downovým syndromem bezprostředně po porodu. V prvních měsících života dívka prospívala špatně, odmítala jíst, neustále spala, dostávala velké množství léků. Až po několika měsících bylo možné, aby dívka prodělala operaci vrozené srdeční vady. Následně začala prospívat, přibírala na váze a mohla se z nemocničního zařízení přesunout domů.

²⁰ Dostupné z: <http://www.downsyndrom.cz/zakladni-informace.html>

Přibližně od třetího měsíce věku Karolínky do rodiny začala pravidelně (dvakrát za měsíc) docházet rodinná konzultantka z rané péče, která společně s maminkou započala pro Karolínku vytvářet stimulační program, podporující její všestranný rozvoj. Díky konzultantce maminka získala i další informace o syndromu, byly jí předvedeny hračky, způsoby práce s dítětem a celkově byla dle maminky konzultantka největší psychickou podporou v daném období. Následně matka získala mnoho informací o DS a dle svých slov teprve nyní zjistila, že se informace od lékařů z velké části nezakládaly na pravdě a uklidnilo jí poznání, že dle jejích slov je „*Downův syndrom vlastně jedno z nejlepších postižení*.“

Problémem byla dívčina častá nemocnost, která dlouhodobě znemožňovala aplikaci plánovaných postupů v praxi. Rodina dále kontaktovala SPC v Praze 8, které jim nabídlo možnost účastnit se pravidelné skupinové orofaciální regulační terapie – ORT, při níž se pozornost soustředila primárně na odstranění zdravotních potíží (časté rýmy, nachlazení) a potíží s dýcháním.

Matka se velice brzo po diagnostikování Downova syndromu spojila se „*Společností rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem*“,“²¹ (dále jen „*Společnost*“) která jí byla dle jejích slov velkou oporou jak při získávání kontaktů na odborníky, tak při hledání informací a získávání rad o syndromu samotném. Dívka se s celou rodinou dodnes pravidelně účastní různých programů i rehabilitačních a relaxačních pobytů touto společností pořádaných.

5.2.2 Průběh diagnostikování sluchové vady

Dívčin zdravotní stav nebyl v předškolním věku ideální, prodělala několik zánětů středouší, neštovice s velmi těžkým průběhem, během nichž dívka popraskala kůže ve zvukovodech. Dívka dlouhodobě trpěla zahleněním, měla časté rýmy. Během čtvrtého roku věku byla Karolíně diagnostikována převodní sluchová vada. Dle názoru matky však nebylo z průběhu vyšetření možné objektivně sluchovou vadu dítěte posoudit. Vzhledem ke svému přesvědčení tedy neměla potřebu dále se touto vadou zabírat, a tedy s Karolínkou v tomto směru více pracovat. Vyšetření sluchu matka popsala jako neodborné a zavádějící. Karolínka při něm seděla matce na klíně a foniatr prováděl zkoušku jejího sluchu za pomoci použití hudebních nástrojů z Orffova instrumentáře mimo zorné pole dítěte. Předpokladem bylo ohlédnutí dítěte za zdrojem zvuku v případě jeho zaznamenání. Dle matky nelze brát výsledek zkoušky v potaz z toho důvodu, že dítě bylo v době zkoušky zaujato jiným vjemem (sestra v ordinaci v tu chvíli všela záclony), na který koncentrovalo veškerou svou pozornost a

²¹ Další informace dostupné z: www.downsyndrom.cz

sluchový vjem nevnímalo. Tímto způsobem byla dívka bez pomoci dalších objektivních metod diagnostikována těžká nedoslýchavost. Následně došlo k voperování ventilačních trubiček, tzv. gromet, do bubínků pro odvodu středouší.

Až v roce 2018 podstoupila další tympanometrické a audiometrické vyšetření. I v tomto případě vyšetření vyžadovalo dívčinu spolupráci, kdy měla dívka oznámit počátek sluchového vjemu. Toto vyšetření dívky opět potvrdilo oboustrannou těžkou převodní nedoslýchavost. Matka dle svých slov ale o výsledcích vyšetření znovu pochybuje. Zde mohlo být překážkou dívčino doslovné pochopení průběhu vyšetření popsané dívky lékařem. Matka se domnívá, že dívka oznamovala sluchový vjem až ve chvíli, kdy už došlo k plnohodnotnému porozumění slyšenému a ne v okamžiku, kdy zaslechla nejjemnější vjem.

V témže roce dívka podstoupila operaci levého středouší, kdy jí byla provedena rekonstrukce sluchových kůstek, konkrétně implantováno chybějící raménko kovadlinky.

5.2.3 Rodinná anamnéza

Karolínka se společně se svou sestrou, dvojčetem narodila v roce 2014 do úplné fungující rodiny. Matka zůstávala v době před těhotenstvím v domácnosti, kde pečovala o staršího, tehdy pětiletého bratra dívek, otec pracuje doposud jako zvukař. Oba sourozenci i matka jsou zdraví, pro účely naší práce se ale může zdát zajímavým poznatek, že otec kvůli svému zaměstnání dlouhodobě trpí tinnitem.

Zjištění, že se Karolína narodila s DS, bylo dle vyjádření matky šokující a provázelo jej množství negativních emocí. Lékaři bezprostředně po porodu doporučili Karolínčino umístění do ústavní péče a ani její babička (z matčiny strany) se k jejímu narození nestavěla přívětivě. Odbornost lékařů podaných informací se z pohledu dnešní doby dá označit jako sporadická (matka vzpomínala, jak jí mladá lékařka varovala, že dítě nikdy nenabude ani částečnou samostatnost, o budoucím zaměstnání naprosto nelze přemýšlet a děti s DS tleskají, když jede tramvaj). Matce bylo vyčítáno i její odhodlání si dívku ponechat v domácí péči, ačkoliv by se měla starat ještě o její dva zdravé sourozence. Hlavní oporou byl v té době dívčin otec, který dle slov matky celou situaci zvládl výborně. Ústavní péče byla matkou i otcem rezolutně odmítnuta, místo ní došlo ke kontaktování rané péče a speciálně pedagogického centra v Praze 8, díky nimž rodiče získali mnoho informací a rad, jak s nastalou situací naložit.

Rodiče, především tedy matka, která s dětmi zůstala v domácnosti, aby se mohla všem třem plnohodnotně věnovat, kladli důraz na zapojování všech sourozenců a postupem času i celé rodiny do komplexního výchovně-vzdělávacího plánu, který společně s pracovníci rané péče průběžně sestavovali. Hlavním cílem pro ně bylo bezpodmínečné přijetí Karolínky celým jejím okolím a zároveň neupozadování jejích sourozenců při aktivitách každodenního života. Matka se dle svých slov snažila do veškerých činností zapojovat celou rodinu a podporovat tak přátelské klima domácnosti.

Velkou pomocí byla Karolínčina přirozená přátelská a pozitivní povaha a nadšení, s nímž se již od brzkého věku do všech činností pouštěla. Největší překážkou byla dle slov matky komunikace, která mezi dívkou a jejím okolím dlouho probíhala na velice nedostatečné úrovni, většinou na úrovni ukazování a gest. Karolínčina verbální komunikace se začala rozvíjet až v období nástupu do základní školy. Matka uvedla, že dlouhou dobu uvažovala o užívání alternativní nebo augmentativní komunikace (dle svých slov nejvíce zvažovala užívání znaků z Českého znakového jazyka nebo Makatonu). Bohužel informace, které získala od ostatních rodičů dětí s DS maminku od užívání AAK odradily, a tak se dále soustředila pouze na docházení na logopedickou terapii poskytovanou v rámci péče SPC.

V současné době je Karolínka dle matky plnohodnotně začleněna do rodiny i přijímána celým svým okolím. Karolínčina matka před časem začala pracovat jako asistentka pedagoga v MŠ speciální v Praze. Dívka dochází do 5. třídy praktické na Základní škole v Praze, kde bohužel v současné době již není spokojená, a proto se matka soustředí na vyhledávání jiné vzdělávací instituce, v níž by Karolínka mohla pokračovat při získávání základů vzdělání.

5.2.4 Celková charakteristika

Karolína je milá čtrnáctiletá slečna, jejíž úroveň kognitivních schopností se pohybuje na hranici pásma lehké a středně těžké mentální retardace. Navzdory narušené komunikační schopnosti u dívky převažuje pozitivní naladění, ochota pomáhat všem ve svém okolí, přátelskost a laskavost. Karolínka velmi ráda dochází s matkou do jejího zaměstnání, kde může uplatnit svou pečující povahu a pomáhat matce s péčí o děti. Velmi ráda se také zúčastňuje programů a rekondičních pobytů, které jsou pořádány „*Společností*“, díky níž si našla mnoho kamarádů a v současné době i přítele. Moc ráda sportuje a tančí, již pět let dochází na taneční kroužek, s nímž jezdí na vystoupení v rámci celé republiky. Dříve

docházela na plavání, kde byla plnohodnotně začleněná mezi menší děti. V současné době bylo nutné toto přerušit kvůli potížím a operaci uší, do nichž se nesmí dostat voda.

Pro rodinu je dle slov matky Karolínka nesmírným obohacením. Pro dívku je charakteristická její dobrosrdečnost a stejně jako většina osob s DS neumí pochopit ani akceptovat přítomnost negativních emocí. Často se pro rodinu stává „*stmelujícím článkem*“, který napravuje domácí atmosféru v případě neshod mezi matkou a ostatními sourozenci. Život s Karolínkou byl také pro matku inspirací při hledání zaměstnání a absolvování kurzu asistenta pedagoga. V současném zaměstnání dle svých slov může uplatnit mnoho praktických znalostí, které nabyla v průběhu Karolínčina života a vykonává tak práci, která jí baví a naplňuje.

5.2.5 Průběh vzdělávání

Období před nástupem do předškolního zařízení

Dívčin psychomotorický vývoj se v raném věku dá popsat jako značně pozvolný. Díky nízkému svalovému tonu, který je pro děti s DS charakteristický se i rozvoj jemné a hrubé motoriky, tedy i jejích lokomočních dovedností (lezení, samostatná chůze), zdál dle slov matky jen velmi pomalý. Matka u dívky hned brzy po porodu začala s rehabilitací Vojtovou metodou na posílení břišních svalů a prohloubení dýchání. Přibližně od 30. měsíce pozvolně nastoupila samostatná chůze, nejprve kolem nábytku, kolem 3 let věku dívka při chůzi nabyla sebevědomí.

Přibližně v té době začala matka s dívkou docházet na skupinovou terapii pořádanou Speciálně pedagogickým centrem při MŠ speciální Štíbrova. Zde byla matce nabídnuta již zmíněná orofaciální regulační terapie.

Ačkoliv ve většině oblastí dívčina psychomotorického vývoje došlo ještě před nástupem do předškolního zařízení k velkému pokroku, expresní složka řeči za celkovým vývojem velmi zaostávala. Dívka až před nástupem do mateřské školy, tedy přibližně v pěti letech, vokalizovala, objevovala se snaha o komunikaci prostřednictvím jazyka. Do té doby si dívka vystačila s gesty. Matka tuto situaci přisuzuje souběžné existenci sluchového postižení, projevila též lítost nad neposkytnutím dívce jiné možnosti komunikace. Zvažovala především užívání znaků z Českého znakového jazyka, případně Makatonu, což jí bylo navrženo i ze strany konzultantky rané péče jakožto vhodná alternativa před nástupem samostatné řeči. Bohužel k dalšímu vývoji používání alternativních komunikačních prostředků nedošlo.

Hlavním důvodem byly záporné reakce jiných rodičů dětí s DS, s kterými matka svůj plán konzultovala. Většina rodičů se dle slov matky domnívala, že přirozená lenost, která je dětem s DS charakteristická, dítě nebude pobízet ke snaze se od alternativní komunikace přesunout dále k užívání mluveného řeči. Z tohoto důvodu se matka nakonec rozhodla s dívkou nadále docházet pouze na logopedická sezení do SPC a v tomto ohledu dále nepostupovat. Matka nyní s odstupem času na tento názor nahlíží velmi skepticky a lze říci, že lituje svého rozhodnutí. Popisuje dívčinu snahu o komunikaci, potřebu porozumění od svého okolí, ale neschopnost v předškolním věku mluvenou řeč produkovat. Dívka dlouhou dobu zůstává pouze u vokalizace a vyluzování jednotlivých slabik, kterým její okolí není schopno přisoudit žádný význam.

Karolínka byla již od batolecího věku velmi veselá a kontaktní, vyhledávala společnost ostatních členů rodiny, jakmile to bylo jen trochu možné, projevovala touhu zapojovat se do všech aktivit běžného dne.

Nástup a docházka do předškolního zařízení

Matka dle svých slov zpočátku záměr dát dívku do předškolního zařízení neměla. Nakonec se rozhodla pro docházku alespoň v posledním roce před nástupem do základní školy, stejně jako tomu bylo u staršího bratra obou dívek. Rozhodující byla pro matku možnost docházky obou dívek do společné třídy mateřské školy. Karolínka projevovala do značné míry závislost na své sestře, a proto jí matka nástup do předškolního zařízení chtěla takto ulehčit. Dle svých slov si uvědomovala, že tímto byla částečně narušena samostatnost druhé dívky, obě dívky ale měly v té době již zaběhlý způsob soužití i v domácím prostředí a byly zvyklé si pomáhat navzájem. I to byl jeden z důležitých faktorů, který napomohl rozhodnutí integrovat dívku společně s její sestrou do běžné mateřské školy v místě bydliště s asistentem pedagoga.

Současně s nástupem do mateřské školy Karolína v rámci pokračujících pravidelných sezení v SPC započala s nácvikem čtení pomocí globální metody.

Během prvního měsíce docházky do MŠ ale u Karolínky nastala změna v chování. Začala se projevovat negativisticky, odmítala spolupracovat, vyskytovaly se u ní občasné záchvaty vzteku, nechtěla do předškolního zařízení docházet. Díky dívčině sestře matka zjistila, že změna jejího chování je pravděpodobně způsobena naprosto neprofesionálním jednáním asistentky pedagoga, která se dívce nesnažila porozumět ani pomáhat

v každodenních činnostech, ale často se dokonce uchýlovala k fyzickému násilí, v případě, že dívka nechtěla spolupracovat. Dle názoru matky dívka necítila ze svého okolí bezpodmínečné přijetí, které ke svému optimistickému naladění tolik potřebuje, a proto začala projevovat nepřátelské chování, odmítala spolupracovat a ke konci měsíce i do zařízení docházet. Největší překážkou byla v té době dle matky komunikační bariéra, která dívce znemožňovala plnohodnotné vyjádření svých pocitů a přání. Bohužel se setkala s neodborným přístupem, který dívce nástup do MŠ značně znepríjemnil.

Chování asistentky pedagoga se naštěstí nesetkalo s pochopením ani u dívčiných pedagožek a na začátku nového měsíce k dívce nastoupila asistentka nová, původním vzděláním zdravotní sestra. Dle slov matky u nové paní asistentky a Karolínky došlo k naprostému napojení. Díky přirozenému „*maminkovskému přístupu*“ došlo u Karolínky k postupnému navyknutí na program i řízenou činnost, spolu s ním přišla i ochota spolupracovat.

Karolínka i její sestra docházely do mateřské školy, navzdory původním plánům matky, celkem dva roky. Dívkám byl po dohodě se SPC udělen odklad školní docházky. Během druhého roku předškolního vzdělávání docházelo u Karolínky k postupnému osamostatnění a snižování míry závislosti na přítomnosti sestry, z čehož mohly profitovat dívky obě. Již během docházky do mateřské školy se u dívky projevovala její pečovatelská povaha, s ochotou pomáhala mladším spolužákům (např. s oblékáním, hygienou i stolováním). Klima ve třídě se dle matky z velké části přizpůsobilo Karolínčině přítomnosti a v mnohém byla dívka pro ostatní děti obohacením, došlo k uklidnění atmosféry a bezpodmínečnému přijetí dívky kolektivem. I rodiče ostatních dětí přijali dívčinu přítomnost velmi pozitivně.

Nástup a docházka do základní školy

Po odkladu školní docházky se u Karolínky rozhodlo o nástupu do Základní školy praktické a vzdělávání podle RVP ZV – LMP (nyní Základní škola, 5. třída praktická), doporučeno bylo vypracování Individuálního vzdělávacího plánu. Matka dle svých slov nejprve zvažovala integraci dívky do běžné základní školy, překážkou ovšem byla dívčina nedostatečná schopnost expresivního vyjadřování, kdy se matka obávala ještě větší separace od spolužáků. Další možností se matce zdála být dívčina integrace do Základní školy s rozšířenou logopedickou péčí, do níž bohužel Karolínka pro naplněnost kapacit tříd nebyla přijata.

V počátku, kdy matka hledala vhodnou školu, do které by Karolínka mohla nastoupit, jí byla SPC doporučena škola co nejbližší jejímu bydlišti. Matka se ale dle svých slov obávala zařazení dívky do školy, v níž převažovali žáci ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Po konzultaci s dívčinou budoucí třídní pedagožkou, zástupkyní ředitele dané školy, nakonec svolila k zařazení Karolínky do zdejší 1. třídy praktické s programem uzpůsobeným primárně pro žáky s poruchou autistického spektra. Rozhodující byla pro maminku osobnost pedagožky, její nadšení a přístup k inovativním metodám vzdělávání. Paní učitelka vyučovala čtení pomocí metody SFUMATO,²² kterou Karolínka již z logopedických sezení znala a matce se pro ni zdála velmi vhodná. Dívka se díky ní učila pečlivěji vyslovovat hlásky a tím se zkvalitňovala její schopnost vyjadřování se. V té době začala Karolínka docházet s matkou do programu rozvoje osobnosti podle Feuersteina²³ a na chirofonetické cvičení, které provozují doposud. Při chirofonetice terapeut/ rodič souběžně vyslovuje hlásku, kterou se dítě v dané chvíli učí a provádí jí odpovídající masážní tah na zádičkách dítěte.²⁴

Potíže částečně nastaly ve chvíli, kdy pedagožka nerespektovala dívčin navykklý systém čtení, kdy si pod čtenou hlásku graficky znázorňovala, zda se jedná o samohlásku (znázorněno vlnkou) či souhlásku (znázorněno kolečkem). I přesto byla ale matka ze způsobu zapojení Karolínky do vzdělávacího procesu nadšena. Dívka docházela do třídy společně s pěti dalšími dětmi, pro každého žáka bylo vypracováno IVP, ale všechny děti se cítily být součástí celku. Karolínka byla vzdělávána metodami a postupy, které jsou využívány při vzdělávání dětí s PAS, v individuálním vzdělávacím plánu bylo několikrát zopakováno, že dívce vyhovuje metoda strukturovaného učení a vizualizovaný rozvrh plánovaných činností.

V průběhu školní docházky se dívka zapojila ještě do stimulačního programu pro předškoláky a děti s odloženou školní docházkou – Maxík.²⁵ Tato pravidelná aktivita dle matky velice napomohla rozvoji dívčiných kognitivních schopností, disciplinovanosti i nadšení pro samostatnou práci.

Dívka měla ve třídě několik kamarádek, s nimiž se setkávala i mimo školní výuku, ve třídě se díky dobrému klimatu se zaujetím zapojovala do vzdělávacích aktivit i činností. Bohužel během školního roku 2017/ 2018 nastala změna, kdy došlo k odchodu dívčiných kamarádek do jiných vzdělávacích institucí. Jedna dívka odešla v rámci integrace do běžné

²² Metoda splývavého čtení – více informací dostupné z: <http://www.sfumato.cz/>

²³ Více informací o metodě dostupné z: <http://www.ucime-se-ucit.cz/o-metode/>

²⁴ Více informací o metodě dostupné z: <https://www.chirofonetika.cz/cs/>

²⁵ Více informací o metodě dostupné z: <http://www.muymaxik.snadno.eu/Co-je-to-Maxik.html>

základní školy, další postoupila na další stupeň speciálního vzdělávání, na střední školu praktickou. Naopak do třídy nastoupilo několik dětí s poruchou autistického spektra s výrazně narušenou komunikační schopností, v jejichž přítomnosti Karolína nedokáže uplatnit svou přátelskou povahu a stále se zvyšující potřebu komunikace. Tím se pro dívku změnilo třídní klima, kde v současné době postrádá spřízněnou duši a postupem času se do školy přestala těšit.

Tento fakt byl pro matku stěžejním při rozhodování o dalším postupu Karolínčina vzdělání a matka začala aktivně vyhledávat jinou základní školu, kam by mohla dívka od počátku školního roku 2018/ 2019 nastoupit. Jeden z důležitých faktorů při rozhodování o zařazení Karolínky do školy hlavního vzdělávacího proudu byla i operace sluchových kůstek ve středouší, kterou dívka v roce 2018 podstoupila. Karolínce bylo implantováno chybějící raménko kovadlinky, jež se zásadně podílí na vedení zvuku středním uchem. Matka nyní předpokládá, že by se dívčin sluch mohl zlepšit, což by mohlo postupem času vést i ke zkvalitnění Karolínčiny výslovnosti a vyjadřování.

V současné době matka nadále hledá pro dívku vhodnou základní školu, kde by strávila další dva roky povinné školní docházky, před svým nástupem do další etapy speciálního vzdělávání. Matka by si přála Karolínku zařadit do běžné 1. třídy základní školy hlavního vzdělávacího proudu, kdy by se dle jejích slov jednalo o „*skutečnou inkluzi v praxi*“. Předpokládá, že dívka by se pomocí svých schopností a vědomostí ideálně začlenila do kolektivu žáků první třídy, ve většině vyučovaných předmětů by byla v mírné výhodě oproti spolužákům a necítila se tak od nich separovaná. Zároveň by v kolektivu mladších dětí mohla využít své přirozené pečovatelské sklony. Zda bude toto matčino přání naplněno, je otázkou dalších několika měsíců zbývajících do začátku školního roku. V současné době Karolínka do své školy dochází po dohodě s třídní učitelkou pouze jeden den v týdnu, většinu zbývajících dní tráví s matkou v jejím zaměstnání v MŠ speciální, kde své pečovatelské schopnosti uplatňuje v plné míře.

Dle nám známých informací matka kontaktovala již šest základních škol v okolí svého bydliště s žádostí o zařazení své dcery do popsaného způsobu vzdělávání. Po konzultaci se SPC navrhla školám možnost Karolínku oficiální cestou integrovat do 5. třídy s IVP, kdy by ale v praxi dívka docházela do třídy první. Dle matčiny slov se většina ředitelů škol k tomuto způsobu integrace stavila velmi příznivě, ale mnohdy byla překážkou již naplněná kapacita tříd, či neochota pedagogů. Matka pokračuje ve vyhledávání a nadále doufá, že se

Karolínčin přestup do integrace podaří. Po rozhovoru s autory této práce se matka rozhodla obrátit i na Základní školu zaměřenou na vzdělávání žáků se sluchovým postižením v Praze, s žádostí o zařazení Karolínky do třídy pro žáky s vadami řeči, kde je výuka rozšířena o individuální logopedickou péči.

5.2.6 Shrnutí

Jak bylo zmíněno výše v teoretické části, v případě narození dítěte s jakýmkoliv typem postižení je pro rodiče podstatný především způsob sdělení lékařů, odbornost a empatický přístup a dále adekvátnost podávaných informací. V případě Karolínky je potřeba poukázat na naprosto neadekvátní přístup lékařů, který se odrazil jak v předání informací, na které byla z velké části matka sama, tak v jejich odbornosti, kterou je z pohledu současných poznatků možno považovat za směšnou. I vzhledem k této situaci období vyrovnávání se s postižením dcery u celé rodiny trvalo mnohem delší dobu a provázelo je množství negativních emocí. Velmi pozitivně v této etapě života rodiny hodnotíme přístup partnera, který se stal matce velikou oporou. Tuto skutečnost nelze chápat jako samozřejmou, v životě i v literatuře je možné se setkat s mnoha vztahy, které se právě kvůli narození dítěte s postižením rozpadly. Ve většině případů je to právě partner, který buďto od rodiny odchází a nechává matku s dítětem samotnou, případně se uzavírá před svým okolím a neplní funkci opory, neboť se sám s faktem nedokáže vyrovnat. (Vágnerová, Strnadová a Krejčová, 2009) Reakci otce lze v Karolínčině případě považovat za velmi inspirující pro celé okolí.

V teoretické části jsme zmiňovali důležitost spolupráce s poradenskými zařízeními, která nám byla potvrzena i zde, kdy nástup rané péče a jejich konzultantů považuje maminka za důležitou podporu a pomoc v nejtěžším období života. Zvláště zmiňuje důležitost získání adekvátních informací o postižení své dcery, ukázky možné spolupráce a používání hraček a speciálně-pedagogických pomůcek při rozvíjení Karolínčiných psychomotorických dovedností. Též služby SPC byly v tomto případě hojně využívány, matka docházela s Karolínkou jak na skupinová sezení, tak terapie i pravidelná vyšetření dívčích schopností a dovedností. Speciálně pedagogické centrum dále s rodinou spolupracovalo při využití možnosti odkladu povinné školní docházky u obou sester, i například při sestavování individuálního vzdělávacího plánu pro Karolínku docházku do základní školy. V tomto případě lze spolupráci poradenských zařízení s rodinou hodnotit jako velmi přínosnou.

Dále je potřeba ocenit snahu a zapálení matky, která se od začátku aktivně snažila vyhledávat informace a pracovat s Karolínkou na rozvoji její osobnosti a současně byla

schopna pečovat o celý zbytek rodiny. Matka má dodnes se všemi svými dětmi výjimečný vztah. Okamžitě po první návštěvě konzultantky z rané péče začala s Karolínkou (za současného zapojení obou sourozenců i celé rodiny) pracovat, rozvíjet její schopnosti, docházet na terapeutická cvičení, záhy kontaktovala „Společnost rodičů a přátel dětí s DS“, s níž je rodina dodnes v kontaktu a pravidelně se účastní všech akcí a událostí zde konaných. Zkušenosti nabyté v průběhu života se svou dcerou jí inspirovaly a motivovaly k budoucímu zaměstnání asistenta pedagoga v mateřské škole speciální.

S ohledem na kvalitu péče a stimulačního programu, dle něhož maminka s Karolínkou pracovala, je ale nutné se pozastavit u, dle našeho názoru, neadekvátně opomíjeného přístupu ke sluchové vadě dívky, především ze strany odborníků. Překvapila nás především kvalita a neodbornost postupů při vyšetření sluchu. Již Hrubý (1998) zdůrazňoval nutnost dodržování přesných postupů, především naprostého klidu v okolí vyšetřovaného dítěte. Zaráží nás tedy skutečnost, že dívce byla bez dalších objektivních metod diagnostikována těžká převodní nedoslýchavost pouze na základě jednoho vyšetření, které nemohlo, dle matky, být průkazné. Otázkou zůstává, proč tedy ze strany matky nedošlo k nějaké konfrontaci se závěrem lékařského vyšetření, vysvětlení jejích zkušeností s pozorností dcery atp.

Dalším překvapujícím bylo zjištění, že ačkoliv foniatr zjistil těžkou převodní sluchovou vadu, nenásledoval v tomto ohledu žádný vývoj, nebyly předepsány sluchadla ani žádné další vyšetření. Selikowitz (2011) u dětí s DS zdůrazňuje potřebu preventivních vyšetření sluchu, ideálně jedenkrát ročně, kvůli jejich náchylnosti ke středoušním zánětům (což se v případě Karolínky potvrdilo), které mohou vést až ke ztrátě sluchu. Proč tedy v případě diagnostikování reálné existence sluchové vady nebyla dívka dále sledována a každoročně vyšetřována? Dle slov matky, podložených lékařskými zprávami nám dostupnými, podstoupila dívka další vyšetření sluchu až ve čtrnácti letech věku, tedy v roce 2018. Druhé, aktuální, vyšetření nás svým přístupem také zcela nepřesvědčilo o své odbornosti. Potíže při diagnostikování sluchových vad u dětí se současným mentálním postižením jsou jistě zřejmé, ale proč tedy u dívky nikdy nedošlo k použití objektivních metod vyšetření, jejichž výsledky by jistě mohly být přesvědčivější a adekvátnější situaci?

Matka sama v průběhu rozhovoru několikrát zmínila své pochybnosti o přesnosti výsledků vyšetření, ale zároveň svou nejistotu v rozhodnutí o nepoužívání AAK, a též přesvědčení, že operace středoušních kůstek v současném věku by mohla vést k lepšímu porozumění a zlepšení artikulace u dívky. Lze se domnívat, že matčina nerozhodnost pramení

z její zvýšené ovlivnitelnosti, která v tomto ohledu vyplývá z velké části ze selhání aplikovaných postupů a lékaři podávaných informací. Matka se jako laik mohla pouze spolehnout na rady získané ze svého okolí – od odborníků z řad lékařů, SPC, rané péče či od „Společnosti rodičů a přátel dětí s DS“. Sama matka několikrát zmínila lítost nad nezavedením AAK do praxe, navzdory dívčině nedostatečné schopnosti komunikace i (ačkoli ne zcela průkazné) diagnostikované existenci sluchové vady.

V souvislosti s matčinou výpovědí o nezavedení augmentativních či alternativních metod komunikace je potřeba krátké zamyšlení nad touto skutečností. V současné době je běžnou praxí u dětí s narušenou komunikační schopností tyto metody zavádět již v předškolním věku v rámci mateřských škol. Ať už se tedy u Karolínky jedná o nedostatečný vývoj expresivní složky řeči jakožto důsledku sluchového postižení (které bylo, ač nepřímě, potvrzeno už jen potřebou operace středoušních kůstek), z důvodu mentálního deficitu, či z důvodu souběžné existence obou postižení,²⁶ dle našeho názoru nejpravděpodobnější, v každém případě je zavedení AAK běžným a nejvhodnějším postupem. (Opatřilová, 2005) Jeho nezavedení, dle našeho názoru, podstatně ovlivnilo rozvoj všech složek Karolínčiny osobnosti.

V rámci individuálního vzdělávacího plánu byla několikrát zmíněna Karolínčina potřeba zvýšené vizualizace, větší časové dotace na plnění úkolů a přínos používání strukturovaného učení (používané ve vzdělávání žáků s poruchami autistického spektra). Tyto potřeby jsou zmíněny jako hlavní důvod zařazení Karolínky do třídy pro žáky s poruchami autistického spektra. Dle našeho názoru tyto potřeby mohou pramenit z velké části právě z přítomnosti nekompenzované sluchové vady, a tedy souviset s nedostatkem přístupných informací, který je vizualizovaným denním režimem a strukturovanou formou učení částečně kompenzován. Lze se pouze domýšlet, zda by při dostatečné kompenzaci sluchové vady u Karolínky tyto potřeby dále přetrvávaly.

Poslední zastavení si dovolíme u současné situace při hledání nové vzdělávací instituce, v níž by Karolínka mohla dokončit svou povinnou školní docházku a získat tak základy vzdělání. Matčina představa o „skutečné inkluzi“ nás nejprve velmi překvapila – zařazení dospívající dívky do prvního ročníku základní školy se nám zdálo nereálné, už pouze z organizačních důvodů (dívce by bylo potřeba zařídit vybavení vhodné pro její věk, psací

²⁶ U Karolínky se samozřejmě přidává mnoho dalších faktorů, jako jsou svalová hypotonie v dětství, potíže se soustředěním i další onemocnění zpomalující celkový psychomotorický vývoj – srdeční vada, potíže s páteří aj.

stůl, židli, toalety i místo v šatně). Z druhého úhlu pohledu se nám ale zdá myšlenka inspirující. V současné době probíhá mnohdy integrace žáků se SVP do ročníků mezi jejich vrstevníky. Častý mentální deficit, či v Karolínčině případě i narušená komunikační schopnost, se ale může v tomto případě zdát interferenčním faktorem pro skutečné začlenění do kolektivu vrstevníků. Dle matčiny slov ani dívka sama nevyhledává přátele mezi vrstevníky bez SVP, protože se mezi nimi necítí přijímaná. Možná by tedy dívčino začlenění do skupiny žáků prvního ročníku tuto její nechuť mohlo částečně vyřešit, alespoň vzhledem k její přátelské a společenské povaze, kterou by zde mohla uplatnit. Zajímavé by bylo sledování dalšího vývoje situace, která se během několika měsíců pravděpodobně značně změní.

5.3 Alenka — dívka s kombinovaným postižením

Případová studie pojednává o životě a dosavadním průběhu vzdělávání Alenky, dívky s mnohonásobně kombinovaným postižením. Alenka se narodila v srpnu roku 2013 a v současné době dochází do mateřské školy speciální v Praze.

5.3.1 Osobní anamnéza

Alenka se narodila v 36. týdnu těhotenství, tedy přibližně měsíc před plánovaným termínem. Průběh těhotenství byl až doposud v normě, porod proběhl neplánovaně v domácím prostředí. Ihned po porodu byla u Alenky zřejmá faciální stigmatizace a atresie anu. Alenka byla velice drobný novorozenec, zpočátku neprospívala, odmítala jíst, neustále spala.

Dívka byla následně během prvních let života podrobena několika vyšetřením, mezi nimi neurologickému, genetickému, foniatrckému atd. Záhy po narození byla u dívky objevena oboustranná hydronefróza, pro kterou je doposud sledována na nefrologii, ač je v současné době nález již v normě. Dívka byla od narození hypotonická, byl jí diagnostikován centrální hypotonický syndrom a dále potíže s kyčlemi, jejichž operaci prodělala již jako batole. Pro velmi malý vzrůst a mikrocefálii je sledována na endokrinologii. Dívka má dále středně těžkou oboustrannou sluchovou vadu a zrakovou vadu s brýlovou korekcí. V roce 2018 jí byl diagnostikován genetický syndrom Rubinstein-Taybi.

Ve školním roce 2017/ 2018 nastoupila do mateřské školy speciální v Praze, kde jí byl vypracován individuální vzdělávací plán a poskytnuta podpora asistenta pedagoga.

5.3.2 Průběh diagnostikování sluchové vady

Vývoj dívky byl v raném věku ovlivněn vekou nemocností, prodělanými operacemi i neprospíváním a velmi malým vzrůstem. V souvislosti se všemi dosud diagnostikovanými obtížemi uvedla matka i podezření na přítomnost sluchové vady, přibližně od půl roku věku dívky. Matka uváděla svou nejistotu s ohledem na Alenčiny neadekvátní reakce na zvukové podněty a později i výrazně opožděný počátek vývoje expresivní složky řeči. Matka, s ohledem na možnost porovnání vývoje řeči u dívčina staršího bratra, přibližně okolo osmnácti měsíců věku dívky po doporučení pediatra podstoupila s dívkou první vyšetření sluchu. Dívka v té době stále ještě nevokalizovala, nebroukala a na zvukové podněty z větší dálky vůbec nereagovala.

V roce a půl věku tedy Alenka podstoupila objektivní vyšetření sluchu SSEP (vyšetření ustálených evokovaných potenciálů),²⁷ které matčino podezření potvrdilo. Během následujících dvou měsíců dívka podstoupila ještě vyšetření otoakustických emisí ve spánku (viz kapitola 2.3.1), které potvrdilo oboustrannou středně těžkou smíšenou nedoslýchavost. Matce bylo doporučeno pro dívku zakoupení sluchadel. Vzhledem k finanční náročnosti zakoupení doporučovaných sluchadel matka téměř okamžitě požádala o finanční pomoc nadaci podporující rodiny dětí se sluchovým postižením.²⁸ Dostatečný obnos pro zakoupení sluchadel získala rodina v lednu 2017, od té doby byla tedy dívčina sluchová vada kompenzována sluchadly.

Matka uvedla, že pozorovala u dívky výrazné zlepšení, co se týká reakce na zvukové podněty, dívka slyšela lépe, reagovala rychleji i na podněty z větší dálky. Současně ale u dívky nastupují i reakce na zvukové podněty z bližší vzdálenosti bez použití sluchadel. I přesto matka považuje sluchadla za velký přínos.

Poslední vyšetření sluchu v rámci preventivních prohlídek bylo v roce 2017 vyšetření evokovaných potenciálů BERA (viz kapitola 2.3.1). Vyšetření dívky proběhlo v klidném spánku a opět potvrdilo oboustrannou středně těžkou vadu sluchu.

Okolo tří let věku si dívka začíná broukat, nastupuje pozvolný vývoj vokalizace. V současné době, ve věku pěti let, je dívka spíše tichá, slova nepoužívá, ale adekvátně reaguje na hlasové pokyny. V současnosti dívka nosí a používá sluchadla pouze v mateřské škole, v přítomnosti matky se projevuje negativně a kompenzaci sluchové i zrakové vady odmítá. V předškolním zařízení však sluchadla i brýlovou korekci bez potíží snáší, z rozhovoru s pedagožkou vyplynulo používání sluchadel pro dívku jako velmi přínosné.

5.3.3 Rodinná anamnéza

Dívka se narodila v roce 2013 do úplné harmonicky fungující rodiny. Matka, dříve zaměstnána jako lékárnice, s dívkou po rodičovské dovolené zůstala v domácnosti, otec doposud pracuje jako konferenční technik. V rodině již vyrůstá starší bratr dívky, v současnosti osmiletý. Všichni členové rodiny jsou zdraví, bez genetického zatížení.

²⁷ Steady State Evoked Potentials – „Na rozdíl od vyšetření BERA je místem vzniku snímaných odpovědí celý průběh sluchové dráhy.“ (InfoZpravodaj 2009, roč. 17, č. 4, s. 8-10.)

²⁸ Některé nadace poskytující finanční pomoc pro zakoupení kompenzačních pomůcek pro děti se sluchovým postižením jsou uvedeny např. zde: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-se-sluchovym-postizenim/technicke-kompenzacni-pomucky-pro-deti-se-sluchovym-postizenim.shtml>

Porod dívky proběhl neplánovaně měsíc před termínem v domácím prostředí. Následně byla matka s novorozenou dcerou přepravena do porodnice, kde dívka ihned podstoupila řadu vyšetření. Primárním znakem kombinovaného postižení byla již tehdy patrná faciální stigmatizace: čtvercový tvar obličeje, vysoký a široký kořen nosu, vysoký nosní most, nízko položené odstáté ušní boltce, krátké oční štěrby aj. Dále byla patrná atresie anu, anomálie, která bývá odhalena již na porodním sále při měření teploty novorozence.

Matka s dívkou byly 14 dní hospitalizovány na novorozenecké jednotce intenzivní péče. Již zde bylo dívce diagnostikováno několik vrozených vad, oboustranný mikroftalmus,²⁹ hydronefróza ledvin, dysplazie kyčlí. Toto období bylo dle slov matky jedno z nejobtížnějších, psychicky i emocionálně nejvypjatějších. Velkou psychickou oporou byl matce partner a syn, Alenčin starší bratr.

Několik měsíců po propuštění z nemocnice rodina kontaktovala ranou péči a během několika týdnů k nim začala pravidelně dojíždět rodinná konzultantka, která společně s matkou připravovala plán vhodné stimulace Alenčina psychomotorického vývoje. Matka též začala u Alenky s rehabilitací dle Vojtovy metody, ve třech letech začala Alenka docházet na ergoterapii, vedenou dle Bobath konceptu a dále orofaciální stimulaci.

Dívka prodělala před prvním rokem života operaci kyčle, dále pravidelně dochází a je sledována na mnoha lékařských odděleních. V třech letech jí byla diagnostikována oboustranná středně těžká smíšená sluchová vada, která je v současné době kompenzována oboustranně sluchadly. Dále dalekozrakost, katarakta a myopický astigmatismus, v současné době s brýlovou korekcí.

Maminka s Alenkou docházela pravidelně na orofaciální stimulaci, logopedická sezení a ergoterapii. U všech těchto sezení ale dívka projevovala nadměrnou nechuť ke spolupráci, nebylo možné jí žádnou vhodnou metodou motivovat a zapojit do činnosti. Dle slov matky i Alenčiných paní učitelek z MŠ speciální se tato Alenčina nechuť promítla i do činností ve školním prostředí, kde se naštěstí již v posledních měsících daří vhodným působením dívku ke spolupráci motivovat. V domácím prostředí a především v přítomnosti matky však dívka jakoukoliv spolupráci odmítá. Tato dívčina drobná rebelie se projevuje i v nechuti nosit brýlovou a sluchadlovou korekci kdekoli mimo školní třídu.

²⁹ Mikroftalmus je „vývojová anomálie oka spočívající ve výrazném zmenšení celého oka“. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/mikroftalmus>

5.3.4 Celková charakteristika

Jedná se o milou dívku s rozsáhlými speciálními vzdělávacími potřebami na podkladě těžkého kombinovaného postižení. U Alenky je patrný velmi opožděný psychomotorický vývoj, sluchové a zrakové postižení. Je zde patrná potřeba individuálního přístupu při vzdělávání, který je dívce v současné době poskytován v Mateřské škole speciální v Praze za pomoci IVP a asistenta pedagoga.

Dívka je veselá ale tichá a klidné povahy, zatím nekontaktuje spolužáky a většinou si ve třídě nehraje, s velkým zaujetím však sleduje dění ve svém okolí, jak doma, tak ve školním prostředí. V oblasti sebeobsluhy je dívka plně závislá na svém okolí, na matce či pedagogických pracovnících, občas pomocí piktogramů ukáže potřebu WC, v poslední době začíná chodit sama bez opory, používá alternativní formu komunikace, především komunikaci pomocí zástupných předmětů a fotografií. V MŠ má vlastní lištu zobrazující režim dne.

V březnu roku 2018 byl Alence diagnostikován Rubinstein-Taybi syndrom (též syndrom širokých palců), vzácné kongenitální onemocnění. Přibližně ve stejném období bylo započato podávání růstového hormonu pro růst svalů. U dětí s tímto syndromem je typická faciální stigmatizace, malý vzrůst, intelektuální deficit, katarakta, abnormality ledvin a přibližně u jedné třetiny pacientů je přítomna srdeční vada. V dětství je charakteristická klidná, veselá povaha, u některých dětí se může rozvinout hyperaktivita, poruchy autistického spektra či agresivita. (Zpráva o genetickém vyšetření, 5. 4. 2018).

5.3.5 Průběh vzdělávání

Období před nástupem do předškolního vzdělávání

Jak jsme zmínili výše, matka s Alenkou zpočátku pracovala v domácím prostředí dle plánu sestaveného s pracovníci rané péče, prováděla rehabilitační cvičení dle Vojtovy metody, orofaciální rehabilitaci, docházela na logopedická sezení a ergoterapii. Matčino snažení ale naráželo na Alenčinu neochotu spolupracovat. Dívka odmítala pracovat v domácím prostředí i na terapeutických sezeních, odmítala si nechat nasadit brýle, okluzor i sluchadla. Matka popisovala časté záchvaty vzteku a pláče. Postup dívčina psychomotorického vývoje byl brzděn též častou nemocností dívky, převážně se jednalo o časté záněty nosohltanu a horních cest dýchacích.

Neochota spolupracovat se dle maminky promítla i ve výsledcích lékařských vyšetření.

Období docházky do Mateřské školy speciální

Dívka začala docházet do Mateřské školy speciální v Praze asi týden po dosažení čtvrtého roku věku. V počátcích její školní docházky se projevovala častá nemocnost a též neochota spolupracovat. Vývoj dívčích lokomočních dovedností byl v počátcích, na krátké vzdálenosti chodila s oporou dospělého člověka, na delší vzdálenosti byl používán pro přepravu dětský kočár. V oblasti samoobsluhy byla zcela závislá na svém okolí, potřebu toalety nesdělila, byla na plenách, bylo nutné krmení, při oblékání nespolupracovala. S nástupem do mateřské školy začaly pedagožky systematicky pracovat na zavedení náhradních komunikačních metod, nejprve na komunikaci pomocí zástupných předmětů, později přestoupily na komunikaci pomocí výměny fotografií a piktogramů.

V současné době dle pedagožky Alenka z velké části rozumí jednoduchým pokynům běžného dne (Podej; Umýt ruce; Ven; Papat; Hajat atp.). Pro lepší pochopení režimu dne používá Alenka komunikační lištu se znázorněním hlavních činností dne – svačina, hlavní činnost, pobyt na zahradě, oběd, odpočinek, odchod domů atp.

Ve školním prostředí Alenka neprojevuje tolik svou neochotu a její spolupráce s pedagogy je na velmi dobré úrovni. Kompenzační pomůcky, sluchadla i brýle, nasazuje při příchodu do třídy, vydrží s nimi pracovat celý den, při příchodu matky je v šatničce odkládá a odmítá. Dle názoru maminky byl rozdíl při používání a absenci kompenzačních pomůcek patrný hlavně zpočátku. Postupem času se jí nezdá tolik výrazný, Alenka reaguje na matčin hlas, přibližně ze vzdálenosti jednoho metru porozumí podané informaci. Často ale bohužel nastupuje její negativismus při spolupráci s matkou, není tedy bezpečně jasné, zda došlo k neporozumění informaci, či se jedná pouze o neochotu úkol splnit. Dle pedagožky je používání brýlové i sluchadlové korekce při každodenní práci na místě a je možné popsat i Alenčinu vyšší unavitelnost při práci v případě absence brýlí i sluchadel.

V posledních měsících se velmi zlepšila kvalita Alenčiny samostatné chůze. Dívka zvládne i delší procházky náročnějším terénem. Při oblékání se snaží spolupracovat, svléká se z velké části sama. Jednoduché pokyny pochopí a snaží se o jejich vyplnění. Dle pedagožky je potřeba soustředit se na rozvoj hrubé motoriky, lokomoce, skoků i lezení, což následně povede i k zlepšení kvality všech ostatních oblastí psychomotorického vývoje dívky, jemné motoriky, kognitivních i řečových schopností.

Alenka ve třídě neprojevuje zájem hrát si s ostatními spolužáky, ani o samotě. Během většiny dne s velkým zájmem pozoruje dění ve svém okolí z rohu třídy. Zůstává však pozitivně naladěna a na pokyn pedagožky se ochotně zapojuje do řízené činnosti. V následujícím školním roce bude Alenka zůstávat ve stávající třídě, kde se pedagožky mají v plánu zaměřit primárně na rozvoj hrubé motoriky, orofaciální stimulaci a masáže plosek nohou, na rozvoj komunikace a spolupráce v oblasti sebeobsluhy.

5.3.6 Shrnutí

V případě Alenky se jednalo o různorodou směsici vrozených vad, u nichž lékaři zpočátku nebyli schopni odhalit příčinu. Ta byla při genetickém vyšetření nalezena až v pěti letech věku dívky, kdy jí byl diagnostikován syndrom Rubinstein-Taybi. Nalezením příčiny však, už jen kvůli nedostatku informací o tomto vzácném syndromu, nemohlo dojít k žádnému pokroku, a tak pro rodinu a odborníky znamená pouze možnost porovnání Alenčina vývoje s dalšími dětmi, kterým byl tento vzácný syndrom diagnostikován, případně možnost částečného odhadu dalších prognóz.

Dle vyjádření matky bylo nejnáročnější období ihned po porodu, kdy se rodina musela nejen vyrovnávat se zprávou o postižení čerstvě narozené dívky, ale též byl přítomen strach z nadcházejících nevyhnutelných operací a dalšího vývoje dívky. Alenčina matka nám potvrdila informace z teoretické části týkající se role rané péče v prvních měsících a letech vývoje dítěte. Pracovníci rané péče znamenají do velké míry nejdůležitější oporu, která může být rodinám s dětmi s postižením při jejich výchově poskytnuta.

V případě Alenky se bohužel hned v počátcích spolupráce rodiny a rané péče (i následujících dalších terapeutických sezení) projevila velká neochota dívky ke spolupráci, která do značné míry ovlivnila celý následný rozvoj psychomotorických funkcí dítěte. S Alenčinou neochotou se pojí i následné pocity matky, jejíž chování se postupem času zdá dle názoru pedagožek rezignovanější ve snaze dívku zapojovat do dalších terapeutických cvičení. Toto matčino chování lze označit za pochopitelné, už jen vzhledem k faktu, že matčiny snahy po většinu dívčina života narážejí na překážky v podobě Alenčiny stále se stupňující neochoty s matkou pracovat, ačkoliv vztah dívky k matce jako takový neprochází žádnou významnou změnou, dívka se na matku těší, i v domácím prostředí na ni reaguje velice pozitivně, ovšem pouze za předpokladu, že matka na dívku neklade žádné nároky ani požadavky.

V této souvislosti se zdá zajímavé, že dívka dokázala svůj odpor k zapojování se do veškerých aktivit překonat alespoň ve školním prostředí, což se z našeho pohledu jeví jako velice důležitý mezník pro rozvoj jejích dalších schopností. Lze pouze spekulovat, odkud Alenčin negativismus pochází, zda se jedná pouze o neochotu spolupracovat v přítomnosti rodičů, kterou jsme z vlastní praxe poznali u mnoha dětí v případě neustálého kontaktu s rodiči v domácím prostředí (který v případě dětí se SVP trvá před nástupem do předškolního zařízení často o několik let déle než u dětí bez SVP), či naopak je dívka, i přes svou neochotu pracovat, ve školním prostředí za přítomnosti spolužáků více motivována k napodobování jejich reakcí a zapojování se tak do všech činností dne.

V případě Alenky lze velmi ocenit vývoj a postup vyšetření sluchové vady i následné péče a rehabilitace jak ze stran lékařů, tak ze stran rodičů a pedagogů. Rozhovor s dívčinou pedagožkou i matkou potvrdil jednoznačný progres ve vývoji dívčích psychomotorických dovedností, především ve školním prostředí. S ohledem na nástup do předškolního vzdělávání lze vyzdvihnout snahu pedagožek o okamžitý nástup používání náhradních komunikačních systémů, což po prvním roce v mateřské škole již přináší výsledky ve vzájemné spolupráci i možnost realizace oboustranného komunikačního procesu.

Samozřejmě bychom považovali za velice vhodné totožné prostředky komunikace zavést i v rodinném prostředí. Bohužel o spolupráci rodiny a pedagogů na rozvoji společného komunikačního systému, respektive o navázání rodiny na fungující systém zavedený v mateřské škole a jeho používání v domácím prostředí, nemáme žádné zprávy. Zajímavou možností by též mohla být matčina přítomnost při vzdělávacím procesu přímo ve třídě mateřské školy, ať už jako zúčastněný či nezúčastněný pozorovatel. Ta by mohla o dívčině neochotě spolupracovat s matkou vypovědět více.

Zvláštní se nám jeví Alenčina neochota nosit sluchadlovou i brýlovou korekci mimo prostředí mateřské školy, ačkoli je lékaři i pedagožkou a matkou jejich používání považováno u dívky za jednoznačný přínos. Pedagožka uváděla i zvýšenou unavitelnost dívky při jejich absenci patrnou. Jedná se i zde „pouze“ o neochotu spolupráce s matkou, či dívka v užívání kompenzačních pomůcek nespatřuje takový přínos, jak se jeví odborníkům?

5.4 Vyhodnocení výzkumných otázek

V následující části bychom rádi uvedli odpovědi matek reagující na námi položené výzkumné otázky a dále je usouvztažnili s námi stanovenými předpoklady. U otázek nejprve uvádíme odpovědi uvedené matkou Karolínky (Matka A), a následně odpovědi uvedené matkou Alenky (Matka B).

V **první výzkumné otázce** jsme se zaměřili na popis celistvého vzdělávacího procesu u jednotlivých dívek. Předpokladem byla realizace vzdělávacího procesu u žáků se sluchovým a kombinovaným postižením především v rámci vzdělávacích institucí zřízených dle §16 Školského zákona.

Podle informací získaných z rozhovoru s matkou A byl tento předpoklad částečně vyvrácen, vzhledem k rozhodnutí o integraci dcery do mateřské školy hlavního vzdělávacího proudu za podpory asistenta pedagoga. U tohoto rozhodnutí byla primárním důvodem současná docházka obou sester do stejného zařízení, která umožňovala vzájemnou podporu a postupné začleňování dívky do kolektivu. V další etapě vzdělávacího procesu již byl náš předpoklad potvrzen. Dívka nastoupila po odkladu povinné školní docházky do třídy praktické v rámci základní školy zřízené dle §16 Školského zákona. Hlavním důvodem byla komunikační bariéra způsobená dívčinou nedostatečnou schopností expresivního vyjadřování, která matce znemožnila zrealizovat její původní záměr umístit dívku v rámci integrovaného vzdělávání i nadále do základní školy hlavního vzdělávacího proudu. V současné době je matkou opětovně zvažována možnost integrace.

V případě druhé dívky byl náš předpoklad potvrzen. Matka B, na rozdíl od matky A, o integraci neuvažovala, ani do budoucna neuvažuje. Dívka po úvodním vyšetření a konzultaci se SPC nastoupila do mateřské školy speciální v Praze, kde je vzdělávána za pomoci individuálního vzdělávacího plánu sestaveného dle jejích potřeb.

Ve **druhé výzkumné otázce** jsme se soustředili na jednotlivé faktory, které ovlivňují tento proces vzdělávání žáků se SVP. Dle naší hypotézy mezi základní faktory patří míra sluchového postižení, kvalita jeho kompenzace a v neposlední řadě i typ školské instituce, v níž je vzdělávací proces realizován.

Jako hlavní faktory negativně ovlivňující vzdělávací proces u své dcery uváděla Matka A častou nemocnost dítěte, neodborný přístup a nerespektování individuality a osobnosti Karolínky ze strany pedagogických pracovníků a především potíže s komunikací, které často

vedly k vzájemnému neporozumění a následně dívčině neochotě ke spolupráci. Jako velice pozitivní naopak zmiňovala celoživotní nadšení a ochotu, se kterou se dívka pouští do všech aktivit, plnohodnotné začlenění dívky do kolektivu v základní škole (bohužel v současné době již neplatí) a dále přátelský a empatický přístup některých pedagogických pracovníků.

Pokud se jedná o faktory negativně ovlivňující vzdělávací proces u druhé dívky, Matka B zdůrazňovala především dívčinu neochotu ke spolupráci a nemožnost dívku motivovat k jakékoliv aktivitě. Ačkoliv se dívka v domácím prostředí projevuje takto negativně, zmiňovala matka jako velmi pozitivní nástup dívky do předškolního zařízení. V mateřské škole se naopak dívka zapojuje do aktivit a je možné jí bez potíží motivovat k řízeným činnostem, což bylo potvrzeno i rozhovorem s pedagožkou. V mateřské škole též začaly pedagožky s dívkou pracovat na společném komunikačním systému, což dívce umožňuje vyjadřovat alespoň základní potřeby.

Dle našeho názoru nebyl v tomto případě námi stanovený předpoklad ani vyvrácen, ani potvrzen. Ani v jednom případě nebyl faktor sluchového postižení přímo zmíněn, avšak v případě žáků se sluchovým a kombinovaným postižením dle našeho názoru často dochází k překrývání faktoru komunikační bariéry s důsledky sluchové vady. Stejně tak druhá část našeho předpokladu nebyla přímo potvrzena, avšak několikrát bylo zmíněno neprofesionální zacházení či nerespektování individuality ze strany pedagogických pracovníků od matky A, jejíž dcera byla vzdělávána v běžné mateřské škole. Matka B oproti tomu popisovala práci pedagožek mateřské školy speciální jako velmi profesionální a empatickou.

Ve **třetí výzkumné otázce** jsme se dotazovali na míru a kvalitu informačních zdrojů, které byly rodinám k dispozici, týkajících se postižení jejich dětí a následné péče potřebné pro rozvoj jejich osobnosti. Byl stanoven předpoklad, že míra informovanosti rodin bude zásadním způsobem souviset se včasným přístupem a spoluprací s poradenskými zařízeními.

Náš poslední předpoklad byl v obou případech zcela potvrzen. Matka A, která uváděla naprosto neprofesionální přístup lékařů jak v případě sdělování diagnózy dítěte, tak k diagnóze samotné, dále uváděla, že až s nástupem spolupráce s konzultanty rané péče se jí dostalo množství adekvátních informací i opory, kterou potřebovala. Též spolupráce se SPC byla matkou vyzdvihována vzhledem k odbornosti a kvalitě poskytované péče.

I Matka B označovala podporu rané péče jako stěžejní a podstatnou. Vzhledem k Alenčině mnohým vrozeným vadám, jejichž většina byla odhalena již krátce po narození při

pobytu na novorozenecké jednotce intenzivní péče, bylo matce postupně během krátkého časového horizontu předloženo nesmírné množství odborných informací, které ve stavu emocionálního vypětí, v němž se nacházela, nebyla schopna v žádném případě pojmout. Většinu informací a rad tedy získala až v následujících měsících a letech od pracovníků rané péče, speciálně pedagogického centra a následně i pedagožek v mateřské škole speciální.

5.5 Celkové shrnutí výzkumného šetření

Pokud bychom chtěli subjektivně porovnat situace jednotlivých dívek, pravděpodobně nás nejvíce překvapí přístup odborníků k diagnostikování sluchové vady a následné péči o sluch obou dívek, společně i s hledáním, respektive nehledáním vhodných způsobů komunikace. Rozhodujícím faktorem při hledání důvodů tak rozdílného přístupu, se zdá být rozdílný věk obou dívek (tedy rozdílná kvalita lékařské péče s odstupem deseti let) i rozhodnutí o umístění dívek do předškolního zařízení, tedy zapojení Karolínky do mateřské školy v rámci hlavního vzdělávacího proudu a nástup Alenky do mateřské školy speciální. Rozdílnost přístupů v obou typech předškolního zařízení lze též označit za jeden z mnoha faktorů, který ovlivnil i dále ovlivňuje vývoj obou dívek. Hlavní rozdíl lze dle našeho názoru spatřit především v přístupu k používání náhradních komunikačních systémů, a tedy alespoň částečné poskytnutí možnosti komunikace, v rámci mateřské školy speciální, kam dochází Alenka. Lze předpokládat, že pedagožky zaměstnané v mateřských školách hlavního vzdělávacího proudu nemají, respektive před deseti lety neměly, přílišné znalosti speciálně-pedagogických metod využitelných pro podporu rozvoje komunikačních dovedností u dětí s narušenou komunikační schopností, a tedy jediné odbornice, které měly dohlížet na vzdělávání Karolínky v mateřské škole, byly v té době pracovnice speciálně pedagogického centra, které mělo Karolínu v péči.

Mezi funkce SPC, jak jsme zmínili v teoretické části naší práce, patří i dohled nad vzdělávacím procesem dětí se SVP integrovaných do škol hlavního vzdělávacího proudu. Lze předpokládat, že doporučení používání náhradních metod komunikace bylo tedy primárně v jejich kompetenci. Můžeme předpokládat, že při nástupu do mateřské školy speciální by i v té době byly Karolínce potřebné metody a možnosti komunikace poskytnuty, ať už by se jednalo o komunikační prostředky či zvýšenou vizualizaci režimu dne, dalších aktivit apod.

Dalším podstatným faktorem, který zásadně ovlivnil a v současné době dále ovlivňuje výchovně-vzdělávací postup u obou dívek, je jejich zcela odlišná míra ochoty ke spolupráci. Karolínka se během svého života účastnila a aktivně s chutí zapojovala do mnohých terapií i

aktivit, které její matka do života celé rodiny aktivně přinášela. Jediným záporným okamžikem se zdá být první měsíc po Karolínčině nástupu do mateřské školy a setkání s naprosto nevhodným a neprofesionálním přístupem ze strany asistentky pedagoga, který se naštěstí podařilo během krátké doby eliminovat. V současné době se rodina Karolínky musí vypořádávat s dívčinou frustrací způsobenou změnou kolektivu ve školní třídě a její nechutí do školy docházet. Velmi oceňujeme aktivní přístup matky, kterým se snaží reagovat na všechny právě vyvstálé situace, a v současnosti se snaží o nalezení příjemnějšího kolektivu pro svou dceru.

Oproti tomu Alenka, dle slov matky, svým přístupem již od počátku negovala většinu snahy o výchovně-vzdělávací postupy, které se u ní matka snažila zavádět. Stejná situace se zprvu objevila i na půdě mateřské školy. Zatímco v mateřské škole se Alenčinu neochotu po prvních pár měsících docházky podařilo vhodnými motivačními prostředky překonat, v domácím prostředí či za přítomnosti matky tento stav u dívky přetrvává a dá se říci, že lze vidět jeho vzestupnou tendenci. Je otázkou, který přístup byl příčinou (zda Alenčina neochota, či matčina rezignace) a v jakém případě se jedná o následek, či do jaké míry se tyto oba stavy ovlivňují a propojují.

Vzhledem k Alenčině nízkému věku a krátké dosavadní zkušenosti se vzdělávacím procesem, se případová studie této dívky může jevit nepoměrně kratší, než v případě Karolínky. Tento pochopitelný stav by bylo zajímavé řešit dalším systematickým sledováním a postupným zaznamenáváním dalších pokroků této dívky k vytvoření ucelenější představy.

6 Závěr

V předkládané bakalářské práci jsme se pokusili shrnout některé základní principy vzdělávání dětí, žáků a studentů se sluchovým a kombinovaným postižením. Nejprve jsme stručně popsali jednotlivé typy postižení, způsob jejich diagnostikování a jejich dopady na výchovně-vzdělávací proces u těchto žáků. Také jsme nastínili konkrétní možnosti zařazení těchto žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do vzdělávacího procesu, ať už v rámci škol hlavního vzdělávacího proudu, či zařazením do speciálního školství.

V praktické části jsme podrobně popisovali život a postup vzdělávání u dvou dívek se sluchovým a kombinovaných postižením, sestavením jejich případových studií. Zaměřili jsme se na detailní popis jejich situace, který jsme sestavili za pomoci rozhovorů s jejich rodiči a v jednom případě s pedagožkou, a dále pomocí pozorování obou těchto dívek a podrobné analýzy všech dostupných lékařských a speciálně-pedagogických zpráv.

V celé práci jsme se zabývali možnostmi vzdělávání dětí, žáků a studentů se sluchovým a kombinovaným postižením. Už samotný fakt narození dítěte s jakýmkoliv typem postižení znamená pro rodinu nepředstavitelnou psychickou a emocionální zátěž. V této situaci je pro rodiče často velice obtížné se orientovat v lékaři podaných informacích, a je tedy nezbytné, aby byl rodičům především předán kontakt na střediska rané péče, jejichž pracovníci mohou rodinám tyto situace v mnohém usnadnit. Kvalita péče poradenských zařízení byla vyzdvihována oběma matkami v praktické části naší práce. Ačkoliv si uvědomujeme, že výsledky našeho šetření nelze vztáhnout na všechna poradenská zařízení v rámci České republiky celoplošně, potvrzení kvality péče poskytované těmito institucemi může být pro rodiče dětí se SVP do jisté míry útěchou.

Při porovnávání situací obou dívek lze rozhodně potvrdit platnost výroků uváděných v teoretické části, ohledně některých důležitých faktorů ovlivňujících výchovně-vzdělávací proces u dětí se speciálně vzdělávacími potřebami všeobecně. Jedná se především o nutnost odbornosti lékařské péče a profesionality lékařských přístupů k rodinám těchto dětí, o potřebu adekvátnosti podávaných informací, o nezbytnost dostupnosti poradenských zařízení a spolupráce s nimi, o vhodný a přirozený přístup rodičů i pedagogických pracovníků k individualitě, kterou si s sebou každé dítě do života přináší, i o ochotu a motivovanost dítěte samotného ke spolupráci na zavádění speciálně-pedagogických i jiných výchovně-vzdělávacích principů do praktického života. Dle našeho názoru může faktor nedostatečně vyvinuté komunikace, jakožto komunikační bariéry, který byl též zmiňován, do jisté míry

souviset s přítomností sluchové vady, a není tedy možné v těchto případech opomíjet ani její vliv.

V teoretické části jsme zmiňovali současný trend inkluzivního vzdělávání žáků se SVP v rámci škol hlavního vzdělávacího proudu, který byl potvrzen i v rámci výzkumného šetření. Naším záměrem není hodnotit pozitiva či negativa, která přináší vzdělávání dětí se sluchovým a kombinovaným postižením v rámci škol hlavního vzdělávacího proudu. Vzhledem k poznatkům získaným v rámci výzkumného šetření ale považujeme za podstatné zmínit důležitost uvážení výběru vzdělávacích institucí s ohledem na individualitu konkrétního dítěte a jeho vzdělávacích specifik. Přístupy ke vzdělávání dětí se SVP se mohou v rámci jednotlivých typů vzdělávacích institucí do značné míry lišit, jak se nám potvrdilo i ve výzkumném šetření, což může mít následně vliv na celý výchovně-vzdělávací proces těchto žáků. Můžeme se pouze domýšlet, zda by v případě vzdělávání Karolínky v mateřské škole speciální došlo k zavedení speciálně-pedagogických postupů, které by mohly podpořit dřívější vývoj jejích komunikačních schopností, a následně tak ovlivnit i celý vývoj Karolínčiny osobnosti.

Domníváme se, že pro bližší představu a popis námi vybraného tématu by bylo potřeba mnohem většího prostoru jak pro popis teorie (například popis používání náhradních komunikačních systémů, či komunikačních systému neslyšících a hluchoslepých osob, popis a hlubší vhled do jednotlivých terapií a terapeutických postupů při vzdělávání žáků se SVP používaných, i hlubší nahlédnutí do jednotlivých etap vzdělávacího procesu těchto žáků a konečně i popis konkrétních metod, postupů a principů používaných při celkovém rozvoji osobnosti těchto žáků), tak pro účely výzkumné části, kde by jistě bylo primárně zapotřebí získání většího vzorku respondentů pro výzkumné účely. Už jen z důvodu vysoké míry individuality charakteristických vlastností i rozdílného dopadu konkrétního postižení na vzdělávací proces každého zkoumaného subjektu.

I přes výše zmíněné argumenty se stále domníváme, že sepsaná bakalářská práce se může stát jedním z vodítek pro rodiče dětí se sluchovým i kombinovaným postižením (už jen z důvodu dosavadní nepřílišné dostupnosti odborných publikací s touto tematikou) při jejich hledání informačních zdrojů, případně popudem pro budoucí odborníky z řad studentů speciální pedagogiky a jiných oborů pro vypracování obsáhlejších, přesnějších a konkrétnějších publikací. V neposlední řadě ji lze považovat za cennou zpětnou vazbu rodičů na lékařské i speciálně-pedagogické postupy ovlivňující život obou dívek.

7 Seznam použitých zkratk

AAK – Alternativní a augmentativní komunikace

BERA – Brainstein Evoked Responses Audiometry

DS – Downův syndrom

GDPR – General Data Protection Regulation

IVP – Individuální vzdělávací plán

MŠ – Mateřská škola

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

OAE – otoakustické emise

ORT – Orofaciální regulační terapie

PO – Podpůrná opatření

PPP – Pedagogicko-psychologická poradna

RVP PV – Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

RVP ZŠS – Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální

RVP ZV – Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

SPC – Speciálně pedagogické centrum

SŠ – Střední škola

SVP – Speciální vzdělávací potřeby

ŠVP – Školní vzdělávací program

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ZŠ – Základní škola

8 Seznam použitých zdrojů

GANONG, William F. *Přehled lékařské fyziologie: dvacáté vydání*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-311-7.

HÁDKOVÁ, Kateřina. *Člověk se sluchovým postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2016. ISBN 978-80-7290-619-2.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.

HOUDKOVÁ, Zuzana. *Sluchové postižení u dětí - komplexní péče*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-623-6.

HRUBÝ, Jaroslav. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 1998. ISBN 80-7216-075-3.

LECHTA, Viktor, ed. *Inkluzivní pedagogika*. Přeložila Tereza HUBÁČKOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1123-5.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 3., dopl. a přeprac. Přeložila Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.

LEJSKA, Mojmír. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

MICHALÍK, Jan, Pavlína BASLEROVÁ a Lenka FELCMANOVÁ. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění: obecná část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN isbn978-80-244-4654-7.

MICHALÍK, Jan a Petr HANÁK. *Speciálněpedagogické centrum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2772-0.

MOTEJZÍKOVÁ, Jitka. Metody vyšetření sluchu. *InfoZpravodaj*. Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených, 2009, 17(4), 8-10. [online] [cit. 20. 6. 2018]. Dostupné z: <http://ruce.cz/clanky/1101-metody-vysetreni-sluchu>.

MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5034-7.

NOVÁK, Alexej. *Foniatric a pedaudiologie I. Poruchy komunikačního procesu způsobené sluchovými vadami*. Praha: UNITISK, 1994.

OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3819-5.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání [online]. 2016 [cit. 20. 6. 2018]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/rvp-pro-zakladni-vzdelavani>

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání [online]. 2016 [cit. 20. 6. 2018]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/rvp-pro-vseobecne-vzdelavani>

Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální [online]. 2008 [cit. 20. 6. 2018]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/ramcove-programy-pro-specialni-vzdelavani>

SELIKOWITZ, Mark. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Vyd. 2. Přeložila Dagmar TOMKOVÁ. Praha: Portál, 2011. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-882-1.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením [online][cit. 11. 7. 2018]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf

VÁGNEROVÁ, Marie, Iva STRNADOVÁ a Lenka KREJČOVÁ. *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1616-2.

VÍTKOVÁ, Marie, ed. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-7315-071-9.

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků speciálně nadaných.

WHO | Grades of hearing impairment. *WHO | World Health Organization* [online]. Copyright ©[cit. 3. 07. 2018].

Dostupnéz: http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Internetové a další zdroje:

<http://www.downsyndrom.cz>
<http://www.detskysluch.cz>
<https://www.gdpr.cz>
<https://www.chirofonetika.cz>
<http://www.jecna27.cz>
<http://www.mslaudova.cz>
<http://ms.stibrova.cz>
<http://www.mssslunicko.cz>
<http://www.mujmaxik.snadno.eu>
<http://www.nuv.cz>
<http://www.pipan.cz/>
<http://www.ruzinovska.cz>
<https://www.sancedetem.cz>
<http://www.sfumato.cz/>
<https://www.skolaholeckova.cz>
<https://skolapraha4.diakonie.cz>
<http://www.skolaroos.cz>
<http://www.starostrasnicka.cz>
<http://www.stibrova.cz>
<http://www.vymolova.cz>
<http://www.ucime-se-ucit.cz>
<http://www.zsluziny.cz>

9 Seznam příloh

Příloha I.

Informovaný souhlas se zpracováním osobních údajů dítěte/žáka

Já,..... souhlasím s anonymním zpracováním osobních dat mé dcery..... pro účely bakalářské práce Bc. Kláry Bohuslávkové „Vzdělávání dětí a žáků s kombinovaným a sluchovým postižením“ v rámci studia oboru Speciální pedagogika na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy. Jsem plnohodnotně seznámena s účelem i způsobem zpracování dat.

Dávám tímto svolení Bc. Kláře Bohuslávkové k použití veškerých informací vztahujících se k poradenské a vzdělávací speciálně pedagogické činnosti, uplatňované u mé dcery, potřebné pro zodpovězení výzkumných cílů šetření uvedené bakalářské práce.

V Praze, dne.....

.....

Podpis zákonného zástupce

Příloha 2.

Základní otázky pro rozhovor s matkou

Jakým způsobem probíhalo sdělení o postižení Vaší dcery? Jaké byly reakce Vás i vašeho okolí?

Dostali jste od lékařů nějaké informace ohledně postižení či následné péče o Vaši dceru?
(Jak probíhalo, kdy, jak jste získávali další?)

Jaké byly první kroky péče o Vaši dceru?

Jak probíhal celý proces vzdělávání od narození až po současnost? (předškolní, základní vzdělávání, výběr zařízení – integrace či škola speciální, hledání zařízení apod.)

Které hlavní problémy či překážky se v průběhu vzdělávacího procesu vyskytly?

Co bylo naopak pomoci či přispěním ve vzdělávacím procesu?

Jak probíhalo vyšetření sluchové vady u Vaší dcery? (metody, přesný postup, výsledky, doporučení následné péče apod.)

Jakým způsobem je Vaše dcera ovlivněna svou sluchovou vadou v běžném životě?

Základní otázky pro rozhovor s pedagožkou

Jakým způsobem probíhalo začleňování dívky do kolektivu dětí?

Jaká je situace v současné době? (Jaké jsou dívčiny projevy v průběhu vzdělávání?)

Na co jste se u dívky primárně zaměřily při jejím nástupu do zařízení, na co dále?
(rozvoj čeho, podpora v jaké oblasti, IVP?)

Jaké (pokud nějaké) je možné popsat pokroky u dívky od nástupu do zařízení?

Jaké konkrétní faktory pozitivně či negativně ovlivňují vzdělávací proces u dívky?

Do jaké míry je dívka ovlivněna svou sluchovou vadou? Je vada dostatečně kompenzována?